UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

NATÁLIA BELO MOREIRA MORBECK

ABORDAGEM EDUCATIVA PARA O USO DE MEDICAMENTOS EM REMANESCENTES QUILOMBOLAS: UMA PERSPECTIVA FREIRIANA

PALMAS - TO
2014

NATÁLIA BELO MOREIRA MORBECK

ABORDAGEM EDUCATIVA PARA O USO DE MEDICAMENTOS EM REMANESCENTES QUILOMBOLAS: UMA PERSPECTIVA FREIRIANA

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof[a.] Dr[a.] Neila Barbosa Osório

Co-orientadora: Prof[a.] Dr[a.] Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

PALMAS - TO
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

M832a Morbeck, Natália Belo Moreira.

Abordagem Educativa para o Uso de Medicamentos em Remanescentes Quilombolas: Uma Perspectiva Freiriana. / Natália Belo Moreira Morbeck. – Palmas, TO, 2014.

75 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Educação, 2014.

Orientador: Neila Barbosa Osório

Coorientador: Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

1. Uso Racional de Medicamentos. 2. Paulo Freire. 3. Remanescentes Quilombolas. 4. Critérios de Beers-Fick. I. Título

CDD 370

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automatica de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Fundação Universidade Federal do Tocantins
Programa Pós-Graduação em Educação

ATA Nº 06/2014

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte dias do mês de dezembro de 2014, realizou-se no Auditório da UMA, na Fundação Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Palmas, às nove horas, a defesa de dissertação de mestrado da aluna, **Natália Belo Moreira** regularmente matriculada no Curso de Pós-Graduação em Educação, com o título **"Abordagem Educativa para o uso de medicamentos em Remanescentes Quilombolas: uma perspectiva freiriana",** perante a Banca Examinadora como segue: Profª Drª Neila Barbosa Osório (Orientadora), Profª. Dra Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, Profa Dra Rosilene Lagares, Profa Dra Jocyléia Santana dos Santos. Após a exposição do seu trabalho, a aluna foi arguida pelos componentes da Banca. A senhora Presidente, Profa. Dra. Neila Barbosa Osório, solicitou que a aluna se retirasse para que a Banca procedesse ao julgamento. A aluna foi **aprovada**, sendo-lhe atribuída o grau de Mestre em Educação desde que cumpridas às exigências descritas pela Banca em um prazo de 60 dias. Além das exigências, a aluna deverá entregar dois exemplares impressos e encadernados em capa dura e quatro exemplares em formato digital em CD-ROM com capa, em arquivo único em PDF da versão definitiva da dissertação, assim como a cópia do artigo final e o comprovante de sua submissão para uma revista Qualis A ou B da área de Educação à Coordenação do Programa de Mestrado em Educação. Esses exemplares deverão estar devidamente corrigidos, segundo as sugestões da banca examinadora e encaminhados com o atesto da orientadora. A senhora Presidente deu a sessão por encerrada e nada mais havendo a constar, lavra a presente ata que segue assinada por todos os membros da Banca Examinadora.

Palmas – TO, 20 de dezembro de 2014

Profa. Dra. Neila Barbosa Osório (Orientadora)

Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski – PPGTS - UnB

Profa. Dra. Rosilene Lagares - PPGE/UFT

Profa. Dra. Jocyléia Santana dos Santos - PPGE/UFT

NATÁLIA BELO MOREIRA MORBECK

ABORDAGEM EDUCATIVA PARA O USO DE MEDICAMENTOS EM REMANESCENTES QUILOMBOLAS: UMA PERSPECTIVA FREIRIANA

Dissertação apresentado ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.
Orientadora: Prof[a.]Dr[a.] Neila Barbosa Osório
Co-orientadora: Prof[a.] Dr[a.]Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

_____

Prof. (a) Dra. Neila Barbosa Osório.
Universidade Federal do Tocantins

_____

Prof. (a) Dra. Rosilene Lagares.
Universidade Federal do Tocantins – PPGE/UFT

_____

Prof. (a) Dra. Jocyléia Santana.
Universidade Federal do Tocantins – PPGE/UFT

_____

Prof. (a) Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski.
Universidade de Brasília – PPCTS/UnB

DEDICATÓRIA

A Deus em primeiro lugar por ter me carregado no colo durante toda essa caminhada. A minha mãe Enilda e ao meu pai Armando por terem me proporcionado além do aprendizado acadêmico os saberes da vida. Aos meus irmãos Fabio, Selma e Sumaia. Ao meu marido Matheus Morbeck com quem compartilho minha maior riqueza.

Com muito amor e carinho DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Enilda Belo, e ao meu pai, Armando Moreira, minha inspiração e exemplo de superação, garra e responsabilidade. Obrigada pela cumplicidade, paciência e compreensão. Agradeço a renúncia em prol da minha formação (em todos os sentidos), o mérito de todas as minhas conquistas também é de vocês e sempre será. Que Deus recompense abundantemente pela dedicação, amor e presença absoluta na minha vida! As palavras faltam diante de tudo o que a vocês significam para mim. Peço a Deus que eu me assemelhe pelo menos a metade de suas qualidades como pais.

Ao meu marido, companheiro, conselheiro, digno de todo amor e respeito, Matheus Morbeck. Obrigada por toda ajuda nesses anos, pela força nas horas mais difíceis, por me arrancar sorrisos todos os dias, por enxugar minhas lagrimas. Obrigada por despertar o que há de melhor em mim. Tenho tanto a te agradecer que nem mesmo uma dissertação inteira seria capaz de registrar todos os detalhes. Obrigada pelo apoio na construção desta pesquisa; por relevar os diversos momentos em que não estive disponível; por ficar ao meu lado durante as crises de dores, estresse, cansaço, conflitos interiores e esgotamento; por dividir as tarefas cotidianas para que eu pudesse me dedicar à elaboração do trabalho; por acreditar em mim; por me amar e me aceitar do meu jeito e com todas as minhas limitações. Hoje tenho a plena convicção de que você é o cara.

Ao meu irmão Fabio Belo, por todo o amor, compreensão, torcida e orações a mim dispensadas para que eu pudesse seguir sempre em frente, superando as dificuldades e alcançando cada degrau desta caminhada.

As minhas irmãs, Selma e Sumaia, mesmo com toda a distância sei que torcem pela minha felicidade. Obrigada pelo apoio em todos esses anos e em todas as conquistas.

Aos meus sogros Maria da Gloria Morbeck (Goinha) e Osmar Morbeck (Bigode), os meus sinceros agradecimentos por me acolherem na família, pelos grandes ensinamentos e exemplos de vida que ficarão registrados eternamente na minha memória e coração. Agradeço, especialmente, pelo presente que vocês me concederam: o meu querido companheiro!

A minha tia Erika, que mesmo com toda a distância permanecemos conectadas pelo coração. Obrigada pelas orações e conselhos, nossa relação vai muito além dos que os olhos possam ver. Com você eu sei que há mais mistérios entre o céu e a terra do a vã filosofia possa explicar.

Com todo o carinho meu muito obrigada a Tamires, por cuidar de mim e minha casa com tanta dedicação, carinho e paciência. Que você fique com a gente por muitos anos.

A todos (as) os (as) amigos (as) e familiares, de longe ou de perto, que compartilharam essa caminhada, direta ou indiretamente. Em especial ao meu colega Rogério Griboski, Tia Ana Neves e minha comadre Raíssa Alencar pelo apoio e carinho durante o período de estudo e desenvolvimento deste trabalho em Brasília-DF. E ao meu primo Samir Saad pela tradução e correções no trabalho, obrigada pela força.

À minha orientadora, Prof. Dra. Neila Osório agradeço POR TUDO! Por ter acreditado em mim até quando eu não acreditava, pelo apoio, pelas orientações e paciência na compreensão das minhas limitações. Obrigada pela oportunidade, pelo aprendizado intelectual e pessoal.

À minha Co-orientadora Prof. Dra. Margô Karnikowski todo o meu respeito e admiração pela pessoa e profissional competente, pelo exemplo de mulher e pesquisadora, um exemplo para mim e para todos os profissionais Farmacêuticos. Grata por viver essa construção ao meu lado, sempre me conferindo um tratamento respeitoso e compreensivo. Sua forma de acompanhamento foi essencial para que eu conseguisse superar minhas limitações, impostas neste período. Obrigada por oferecer o amparo necessário nos momentos difíceis, por ter me acolhido em sua casa e em seu local de trabalho. Não há palavras capazes de descrever o que o seu apoio representou neste processo. Torço para que nosso vínculo seja mantido. Minha admiração eterna!

Gostaria de agradecer imensamente todo apoio do Programa de Mestrado em Educação da Universidade Federal do Tocantins, a todos os professores e em especial a coordenadora Jocyleia Santana por todo o aprendizado proporcionado, pelas dicas e por ter aceitado participar da banca examinadora desta pesquisa.

A Prof. Dra. Rosilene Lagares, meus sinceros agradecimentos pelas excelentes sugestões na etapa de qualificação e também pela prestigiosa contribuição na avaliação deste trabalho. Obrigada por ter aceitado o convite para compor a banca examinadora.

Ao Prof. Mestre e colega Luiz Neto, por ter dedicado seu tempo para me orientar, conduzindo as pesquisas na comunidade, intermediando os diálogos e abrindo portas. Obrigada pelas informações que enriqueceram esta pesquisa. Parabéns pelo trabalho desenvolvido junto aos velhos de todo o Tocantins.

À Secretaria Municipal de Educação de Brejinho de Nazaré, representada por Ana Izabel Vargas e a Sra. Myiiki Hiashida. E a comunidade de Malhadinha por terem me acolhido com tanto carinho e dedicado seu tempo na construção deste trabalho. Sem vocês nada faria sentido, obrigada imensamente por esta valiosa oportunidade.

Agradeço a todos os pesquisadores envolvidos na coleta de dados Bríjida Cunha, Leonardo Pereira, Dr. Mauro Karnikowski, Barbara Carvalho e os fotógrafos Juliana Pontes e Fábio Almeida. Esse trabalho também é de vocês!

Aos meus colegas de mestrado, com quem dividi um tempo de minha vida, com trocas de experiência proveitosas e pelas discussões do projeto que enriqueceram muito este trabalho. Também não posso deixar de registrar a contribuição substancial das queridas amigas Marina Grigório, Jemima Barreira e Janaina Borges, pela parceria, afeto, paciência e esclarecimento de dúvidas banais que emperravam o seguimento do trabalho, tanto nas atividades das disciplinas quanto aos entraves de um mestrando. Vocês me ajudaram a não desistir!!!

À Vera Mendonça por ter contribuído com o alívio do estresse e me auxiliar no resgate do meu equilíbrio emocional.

As minhas colegas de trabalho Cristiany, Marina, Eliane, Viviane e Kerina, em especial minha coordenadora Elizangela, por toda compreensão, apoios e dicas nesta reta final.

A equipe da Assessoria da Beleza em especial a minha gerente Amália e a Katia Lobo por segurar o rojão na minha ausência. Obrigado por não deixarem a peteca cair.

RESUMO

O uso abusivo e indiscriminado de medicamentos tornou-se um dos grandes problemas mundiais de saúde pública, sobretudo para os velhos, por ser a população etária mais medicalizada. O objetivo deste trabalho foi identificar as dimensões que influenciam o uso racional de medicamentos em uma população de velhos Remanescentes Quilombolas por meio de uma abordagem educativa á luz Freiriana, da comunidade de Malhadinha situada na cidade de Brejinho de Nazaré – Tocantins. Um estudo descritivo, de natureza quali-quantitativa, essa verificação ocorreu por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, e uma sensibilização conforme as necessidades, denominada por intervenção educativa. Participaram do estudo Remanescentes Quilombolas acima de 60 anos, acadêmicos da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins do polo de Malhadinha no município de Brejinho de Nazaré -TO. Os resultados identificaram alto indicie de velhos no grupo de analfabetos (46,2%) e 1-4 anos de escolaridade (34,6%). Evidencia-se que o exercício da automedicação é saliente entre os participantes, bem como o descuido com o tratamento, o uso de medicamentos sem prescrição médica e o descarte inadequado dos fármacos. Ocorre, ainda, casos de abandono de prescrição e o uso de medicamentos com indicação de familiares e amigos. Confirma que o armazenamento e descarte dos medicamentos ocorre de maneira inadequada. Destaca-se a busca de informações por meio da TV e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Quanto aos medicamentos relatados 34,61% dos participantes utilizam medicamento inapropriados conforme os Critérios de Beers-Fick, correspondendo a 21,21% de todos os medicamentos citados. Conclui-se que a cartilha proposta nesta pesquisa contribuirá para a construção de uma sociedade mais preparada para enfrentar criticamente as informações vinculadas sobre cuidados medicamentos e com a saúde. Estimulando quanto ao desenvolvimento de hábitos saudáveis e o uso racional de medicamentos, sem submergir a essência da cultura Quilombola, não apenas respeitando as diferenças, mas adotando os conceitos de Paulo Freire, compreendendo como riquezas culturais com as quais todos podem aprender e desenvolver.

Palavras-chave: Uso Racional de Medicamentos. Velho. Remanescentes Quilombolas. Paulo Freire. Critérios de Beers-Fick.

ABSTRACT

The Indiscriminate use of drugs has become a world leading public health problems , especially for the old , for being the most medicalized age population. The goal of this study was to identify the dimensions that influence the rational use of drugs in an elder Quilombolas remnants population through an educative approach based on Freire's thoughts, in the community of Malhadinha located in the city of Brejinho de Nazaré – Tocantins. A Descriptive Study, of quantitative and qualitative nature, this verification occured through semi-structured interviews and a sensibilization as required, nominated by educative intervention. Participated in the study Quilombolas remnants over 60 years, academics from the Malhadinha pole of Universidade da Maturidade of the Universidade Federal do Tocantins in the city of Brejinho de Nazaré – TO. The results showed high elderly rate in the illiterate group (46.2%) and 1-4 years of education (34.6%). It is evident that the act of self-medication is relevant among the participants as well as the careless treatment, the use of non-prescription drugs and the improper drug disposal. It may also happen prescription leavers and the drug use indicated by family and friends. Supports that the storage and drugs disposal occurs inappropriately. Noteworthy is the search of information through the TV and difficult acces to health care. As for the drugs reported by the participants, 21.21% are included in the Beers-Fick Criteria. We conclude that the booklet proposed in this research will contribute to build a more prepared society to critically face the linked information on health care and medicines. Corroborating to the development of healthy habits, encouraging the rational drug use, without submerging the essence of Quilombola culture, not only respecting differences, but adopting the Paulo Freire's concepts, comprising as a cultural enrichment in which everyone can learn and
develop.

Keywords: Rational Use of Medicines. Old. Quilombolas Remnants. Paulo Freire. BeersFick Criteria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Equipe de Pesquisadores UFT, UNB e Equipe de apoio da Prefeitura de Brejinho 21

Figura 2. Mapa de localização do município de Brejinho de Nazaré (TO) 22

Figura 3. Recepção e apresentação da Equipe de pesquisadores – primeiro Encontro 23

Figura 4. Realização das Entrevistas 25

Figura 5. Realização das Entrevistas 26

Figura 6. Realização das Entrevistas 27

Figura 7. Visita à produção de Farinha 30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Medicamentos não recomendados em idosos, indeptendentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opções à prescrição de outros fármacos mais seguros pelos critérios de Beers- Filck e comercializados no Brasil 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Analise descritiva das variáveis Socioeconômica 28

Tabela 2. Analise descritiva das influencias no uso de remédios 32

Tabela 3. Avaliação do Consumo de Remédios 35

Tabela 4. Avaliação do Cuidado com os medicamentos 36

Tabela 5. Medicamentos Utilizados pelos Quilombolas de Malhadinha – Plantas medicinais 37

Tabela 6. Medicamentos Utilizados pelos Quilombolas de Malhadinha 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	*Acquired Immuno Deficience Syndrome* (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NSI	*Nutrition Screening Initiative*
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSA	*Prostate Specific Antigen*
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Estado do Tocantins
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UMA	Universidade da Maturidade

Sumário

1. INTRODUÇÃO 6
1.1 Problema e justificativa 6
1.2 Objetivo 8
1.2.1 Objetivo Geral 8
1.2.2 Objetivos Específicos 9
2. REFERENCIAL TEÓRICO 9
2.2 . Educação em Saúde e suas influências 15
2.3 Universidade da Maturidade e o Envelhecimento dos Renescentes Quilombolas 17
3. METODOLOGIA 19
3.1 Delineamento do Estudo 19
3.2 Local do estudo 21
3.3 População-alvo do estudo 23
3.4 Organização, Análise, Interpretação e Sistematização 24
3.4.1 Cuidados éticos 24
3.4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão 24
3.4.3 Coleta de informações 24
4. RESULTADOS ALCANÇADOS 27
5. DISCUSSÃO 39
5.1 Descrições da População 39
5.2 Fatores Socioculturais que influencia no uso de medicamento, Consumo e Cuidado com medicamentos 40
5.3 Medicamentos utilizados X medicamentos inapropriados 45
5.4 A intervenção Educativa 46
6. CONCLUSÃO 57
REFERÊNCIAS 59
APÊNDICE 66

1. INTRODUÇÃO

1.1 Problema e justificativa

O uso abusivo e indiscriminado de medicamentos tornou-se um dos grandes problemas mundiais de saúde pública, sobretudo para os velhos, por ser a população etária mais medicalizada. Se por um lado a utilização de medicamentos contribuiu significativamente para a longevidade, por outro o uso dessas ferramentas terapêuticas, se não realizada de forma adequada, pode comprometer a qualidade de vida das pessoas e até mesmo causar impacto negativo na morbimortalidade dessa população de velhos. A exemplo do que ocorre no mundo, inúmeros trabalhos vêm sendo realizados no Brasil retratando a polimedicação e suas consequências à saúde em indivíduos com sessenta anos ou mais.

No entanto, não há registros sobre o tema no que se refere a populações específicas detentoras de cultura diferenciada, tais como em populações brasileiras Remanescentes de Quilombolas.

A ***cultura*** é uma importante dimensão a ser considerada ao se analisar os comportamentos que influenciam o uso de medicamentos. Geertz (1973) refere-se à cultura da seguinte maneira: [...] *denota um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas e expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação á vida.*

Neste sentido, o saber escutar na busca de se compreender as razões que levam a pessoa idosa a aceitar ou rejeitar/modificar uma terapia medicamentosa, envolve a capacidade de considerar as práticas populares de saúde, deixar que ela expresse suas crenças, emoções, expectativas e dúvidas (HERTZOG et al., 1999).

As interpretações **sociais** apresentam reflexos no uso de medicamentos na medida em que, por serem um poderoso artifício técnico e um símbolo cultural, costumam adquirir *status* e força na sociedade. Os medicamentos são veículos de ideologia, facilitadores de auto-atenção e percebidos na sua origem, eles direcionam o pensamento e as ações das pessoas, influenciando sua vida social (VIK et al*.,* 2005).

O Decreto n° 4.887/ 2003 dentre outras deliberações reconhece as comunidades de Remanescentes Quilombolas e define como grupos de indivíduos, cuja descendência tem relação com grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Para fins de acesso a direitos diversos, estas comunidades devem estar cadastradas na Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2003).

Nesse sentido as comunidades de Remanescentes Quilombolas apresentam características sócio ambientais e culturais que, segundo Franco (2006), sofre influência da sociedade urbana refletindo-se nas questões da saúde e doença.

O modo de utilização dos medicamentos nas práticas de saúde da comunidade pode ser otimizada por meio de uma intervenção educativa que possibilite a promoção de hábitos saudáveis relacionados a utilização de medicamentos e seu uso racional respeitando as questões culturais da comunidade em questão (BARCELOS, 2011; UEDA, 2009).

A educação é entendida aqui como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação, conforme descrito na Política de educação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2009 p. 17).

Sendo assim, pode-se admitir que a educação é um processo dialógico de trocas, interações e possibilidades de transformação e pode contemplar ações em saúde mais reflexivas, eficazes e resolutivas. Portanto o termo intervenção deve ser compreendido aqui como um processo dinâmico de aprendizagem no qual haverá uma intenção de desencadear mudanças de comportamento individual.

Neste contexto, considerar-se-á o pensar Freiriano de que a Educação deve ser emancipatória, primando pela autonomia e libertação dos sujeitos, construída a partir de uma relação dialógica entre educando e educador. Igualmente será considerada a educação popular definida “como um campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar, e o fazer do dia a dia da população” (SOPHIA, 2001, p. 5).

A Universidade da Maturidade é um Programa de extensão da Universidade Federal do Tocantins, foi criada em 2006 na cidade de Palmas-TO, e atualmente está presente em 8 polos distribuídos nos Estados do Tocantins, Paraíba e Brasília. Sua proposta proporciona autonomia e inserção social, com a missão de melhoria da qualidade de vida da pessoa adulta e dos velhos, desta forma, com sua metodologia adequada pode ser uma intervenção pedagógica que contribuirá na mudança de comportamento.

Esclarecer os motivos que me levaram à desenvolver a presente pesquisa implica em retomar parte de minha história pessoal e profissional. O anseio por investigar esse assunto partiu de uma experiência vivenciada por mim quando ainda fazia o curso de Farmácia. Um determinado dia meu pai, na época com 68 anos, já utilizava diariamente um medicamento anti-hipertensivo, quando após algumas reclamações de dores nas costas minha mãe medicou-o com um analgésico. Após algumas horas ele desenvolveu uma intoxicação devido à interação dos dois fármacos. Neste momento percebi que toda a teoria adquirida na faculdade de nada adiantaria se não aplica-la, então, imediatamente orientei a minha família quanto aos perigos da automedicação e cuidados com os medicamentos principalmente na velhice.

Alguns anos depois ingressei na pós-graduação em Gerontologia - Universidade da Maturidade e no Mestrado em Educação, ambas na Universidade Federal do Tocantins. Fascinada pelo tema e em ambiente propicio, tive a oportunidade de começar a desenvolver um trabalho que contribuísse efetivamente com outras pessoas, assim como fiz com meu velho pai.

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar as dimensões que influenciam o uso racional de medicamentos em uma população de velhos Remanescentes Quilombolas por meio de uma abordagem educativa á luz Freiriana.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Investigar os fatores culturais e sociais influenciadores do uso de medicamentos.
- Identificar do uso de remédios utilizados pela população em estudo.
- Descrever a percentagem de velhos Remanescentes Quilombolas que usam medicamentos considerados inapropriados, conforme Critérios de *Beers*.
- Propor uma intervenção educativa na perspectiva Freiriana que estimule o uso racional de medicamentos na comunidade estudada.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento e Medicalização

Velho, idoso, terceira idade são termos classificatórias do cenário das representações, responsáveis pela construção de uma identidade estigmatizada. (RODRIGUES, 2006). Dentro desta lógica proliferam-se termos como melhor idade, maior idade, dentre outros, proporcionando à velhice ares lúdicos (VEDAN, 2013).

Mediante estes estereótipos preconceituosos criados historicamente, considera-se nesta presente pesquisa o termo Velho para definir a pessoa que encontra-se na fase da vida definida como velhice, como meio de desmitificar estes paradigmas.

Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2025 demonstram que o Brasil deverá possuir a 6ª maior população idosa do mundo e a 1ª na América latina, com cerca de 32 milhões (15%) de pessoas com idade acima de 60 anos. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos e mais cresceu 7,3%, totalizando mais de 14,5 bilhões em 2000 (FERRACINI, 2011). Diferentemente da OMS que considera o velho a população com mais de 65 anos, o governo brasileiro considera o início da velhice a partir dos 60 anos (BRASIL, 2003).

Segundo dados do IBGE a população brasileira continuará crescendo até 2042, quando deverá chegar a 228,4 milhões de pessoas. A esperança de vida ao nascer deve atingir os 80,0 anos em 2041, chegando a 81,2 anos em 2060 (IBGE, 2013).

Acompanhando este fenômeno observa-se o número de medicamentos utilizados pelos velhos, que tende a ser maior devido a elevada frequência de doenças crônicas (KARNIKOWSKI, 2007).

Uma vez que a população na fase de vida da velhice são os principais consumidores de medicamentos é necessária uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde. A questão problemática do maior consumo de medicamentos pelos velhos está no uso daqueles considerados inapropriados e da polifarmácia, e seu uso desnecessário (FERRACINI, 2011).

Considerando que o cuidado com os velhos não ocorre de forma integral, ou seja, por um único especialista, o risco de correr estes problemas e duplicidade de medicamentos são muito frequentes.

Vale ressaltar que polifarmácia pode ser classificada como quantitativa e qualitativa. Dentre os conceitos para a quantitativa, definiu-se como sendo a utilização de dois ou mais medicamentos. Essa definição, contudo, é controversa. Uma delas pode ser entendida como a utilização concomitante de dois ou mais medicamentos, com a seguinte classificação: leve, moderada e grave. Considerando-se leve o uso de dois a três fármacos, moderada de quatro a cinco e grave, mais de cinco. Outros autores já conceituam o tipo quantitativa em menor (dois a quatro fármacos) e maior (mais de cinco).

Por sua vez, o tipo qualitativo leva em consideração a racionalização da terapia farmacológica, ou seja, levam em conta o tempo de uso das medicações ou se o fármaco está sendo utilizado para controlar o efeito adverso de outro, não havendo, portanto, consenso universal sobre a definição desta condição (KUSANO, 2009; MUÑOZ, 2012).

Dentre os fatores que influenciam o consumo de medicamentos se encontram a existência de sistemas de saúde essencialmente curativos, as questões econômicas envolvendo o mercado farmacêutico, o qual motiva o uso de medicamento, a automedicação, os aspectos simbólicos que condicionam à cura a utilização de remédios, a presença da(s) doença(s) em especial aquelas crônicas não transmissíveis, que requerem tratamento medicamentoso continuado, a medicalização de um número crescente de problemas da vida para os quais não se necessita de terapia medicamentosa, entre outras (KARNIKOWSKI e NOVAES, 2007).

A automedicação é a iniciativa do indivíduo, ou de seu responsável, em obter e utilizar um produto que espera lhe trazer benefícios no tratamento de uma doença ou alívio de sintomas, sem a orientação de um profissional de saúde. Mesmo a indicação de um balconista de farmácia é caracterizada automedicação e pode ser induzida por interesses comerciais.

Está pratica pode ser colaborada com os estoques de medicamentos em casa, que consequentemente representa um fator de risco de intoxicação devido ao armazenamento incorreto pela perda da sua estabilidade ou por estar ao alcance de crianças. E como apontado por Ribeiro (2005), ainda pode haver acumulo de medicamentos vencidos que podem ser ingeridos trazendo prejuízos ao paciente como consequência deste processo. Ueda (2009) complementa que estes medicamentos acabam sendo descartados de forma errônea, podendo causar danos ao meio ambiente.

Os autores acima citados, destacam, os efeitos ambientais causados pelo descarta inadequado de medicamentos, como por exemplo água contaminada por hormônio feminino podendo afetar o sistema reprodutivo, acarretando na feminização de peixes machos. Outro exemplo bactérias podem adquirir resistência a antibióticos em ambientes contaminados. Já no solo, os fármacos podem contaminar os alimentos e por consequência os animais.

O meio para minimizar ou ainda cessar os danos causados pelo uso inadequado de medicamentos pode ser vislumbrado por meio da educação.

Os medicamentos são elementos importantes na recuperação e promoção da saúde em situações diversas, tanto que o seu uso ocupa posição central dentre as opções terapêuticas disponíveis e representa destaque na economia global. O discurso em favor do consumo de medicamentos como forma de autocuidado favorece o processo de medicalização social, que leva a população a enxergar no medicamento a solução de problemas, sob o signo da autonomia (KARNIKOWSKI, 2007; RIBEIRO, 2011). Desta maneira torna-se importante não apenas garantir o acesso, mas principalmente promover o uso racional dos medicamentos e garantir a segurança no consumo, o que deve ser o foco dos órgãos ligados ao sistema de saúde (RIBEIRO, 2011).

A utilização ineficiente e irracional dos medicamentos é um problema que afeta a todos no âmbito da atenção a saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou as estratégias favorecedoras do Uso Racional de medicamento em reguladoras, gerenciais

e educativas. Salienta diretrizes nacionais de tratamento, listas de medicamentos essenciais, comitês de farmácia e terapêutica, ensino de farmacoterapia baseado na solução de problemas, treinamento de profissionais de saúde em serviços e educação continuada, como medidas para melhorar o uso de medicamentos. A inadequação no uso de medicamentos apresenta-se como um sério problema de saúde pública (HOEPFNER, 2010).

Ainda apresenta-se o crescente uso de terapias consideradas tradicionais, antigas ou populares, comumente justificada devido dificuldade em acessar os recursos médicos modernos ou de que muitas práticas advêm do hábito. Vários autores defendem que as escolhas terapêuticas que os indivíduos fazem são frutos de operações racionais, baseadas em uma lógica econômica, de avaliação de custo-benefício. Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar (LAPLANTINE, 1991).

Ao contrário dessa realidade constitui o que se denominou de uso racional de medicamentos, referindo-se “à necessidade de o paciente receber o medicamento apropriado, na dose correta, por adequado período de tempo, a baixo custo para ele e a comunidade. Para a OMS, a forma mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicação apropriada (BRASIL, 2012).

Assim, as concepções de saúde e auto cuidado que permeiam nestas medidas educacionais possibilitam o entendimento das ações discutidas, em relação ao uso de medicamentos e outros cuidados, de acordo com seu cotidiano.

Embora o uso de medicamentos seja uma questão relevante em todas as faixas etárias, as pesquisas têm se dedicado, com frequência, ao paciente velho, em decorrência das peculiaridades desse grupo etário (ROMANO-LIEBER, 2002).

As pesquisas envolvendo ações com os velhos, possibilita uma interação entre este grupo e os profissionais de saúde funda um panorama de construção de saber com embasamentos científicos.

O envelhecimento é inexorável no seu aspecto biofisiológico conduzindo a modificações progressivas no organismo, denominado como senescência, as quais influenciam a farmacodinâmica e a farmacocinética de inúmeros fármacos, logo a farmacoterapia deve ser criteriosamente planejada de forma a promover o uso racional de medicamentos (BISSON, 2007).

A farmacocinética inclui a absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos, parecendo a absorção a ser menos afetada pelo envelhecimento. Das alterações relacionadas pela absorção, o aumento do pH gástrico, a diminuição da mobilidade gastrintestinal e da superfície de absorção e a possível redução do transporte ativo são as mais frequentes, o que contribui para o aumento ou diminuição da absorção de diversos fármacos, dependendo da farmacocinética de cada um (GORZONI e PASSARELLI, 2013).

A distribuição dos fármacos é afetada pela redução da água corporal total e das proteínas e pelo aumento da massa gorda, o que contribui para alterações na distribuição e para a sua acumulação. A redução do fluxo sanguíneo hepático, as interações medicamentosas e algumas doenças mais prevalentes no velho (por exemplo, insuficiência cardíaca e patologia da tireoide) provocam alterações no metabolismo dos fármacos. A diminuição da função renal contribui para a sua acumulação (GOMES, 2008).

Portanto, devido a essas alterações fisiológicas que ocorrem nos velhos citados anteriormente, surgiram instrumentos visando detectar potenciais riscos de doenças ou alterações patológicas criadas por efeitos colaterais dos medicamentos, intitulado como iatrogenia medicamentosa. Dentre os instrumentos existentes, o mais utilizado são os Critérios de *Beers-Fick* (RIBEIRO, 2005).

Estes critérios foram baseados na farmacologia do envelhecimento e em trabalhos publicados sobre medicamentos, desta forma definiu-se uma lista de fármacos potencialmente inapropriados à adultos com 65 anos ou mais. Esses critérios são divididos em: 1) medicamentos ou classes deles que deveria ser evitado em velhos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos

colaterais e pela existência de fármacos mais seguros; 2) Medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas (GORZONI, 2008).

Outros fatores que contribuem para a elevação do risco são o descumprimento do regime terapêutico (*déficits* cognitivos e funcionais dificultam o reconhecimento e memorização dos medicamentos), a automedicação e o uso indevido, por parte do profissional, do arsenal terapêutico disponível (prescrição de regimes terapêuticos complexos, polifarmacoterapia nem sempre justificável, ausência de correspondência entre diagnóstico e ação farmacológica (LOYOLA et al., 2006).

Aos problemas negativos propiciados pela farmacoterapia, cabe aos profissionais da área da saúde tentar amenizá-los (TEIXEIRA et al., 2008), considerando a importância que representa o uso correto de medicamentos entre a população idosa e a necessidade de se adotarem estratégias que visem à adesão ao tratamento e à utilização correta dos medicamentos (MARIN et al., 2008).

Nesse sentido, a comunicação e a informação dos fármacos prescritos aos pacientes poderiam garantir resultados mais satisfatórios da terapia farmacológica. Informar a população é uma das formas de minimizar os riscos referentes às intoxicações e ocorrências de eventos adversos. A obtenção de sucesso em um tratamento medicamentoso está relacionada com o nível de informação que o paciente possui acerca do medicamento. A informação e o conhecimento com a finalidade de capacitar os pacientes sobre a terapia prescrita e a doença, se destacam com um instrumento motivador poderoso para melhoria da qualidade de vida e da resposta necessária para a farmacoterapia ótima. Prover educação continuada aos usuários de medicamentos passa a ser tarefa inadiável destes profissionais (TEIXEIRA et al., 2008).

A Educação é intrínseca às práticas de saúde e seu valor tem sido reconhecido como dimensão essencial do cuidado em saúde. Na década de 1980, a OMS definiu a promoção da saúde “como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su própria salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud” (ASSIS, 2007).

O Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio da Política Nacional do Idoso, sugerem como ações prioritárias a importância de implementar programas educativos na velhice, favorecendo a estes o autocuidado à saúde prevenindo incapacidades e postergando a morte (TAVAREA, 2002).

Neste prisma, acredita-se que as ações educativas em saúde, junto ao paciente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle dessas enfermidades, uma vez que suas complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável, favorecendo as pessoas a alcançar capacidade de autonomia e de assumirem atividades positivas (VIDAL, 2012).

Os velhos, em especial necessita ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor maneira possível às modificações exigidas para o controle metabólico. As ações educativas terão muito a contribuir para uma melhor qualidade de vida (TAVAREA, 2002).

Para tanto, é imprescindível considerar as experiências individuais, favorecendo sua participação e contribuição para o alcance de respostas satisfatórias e equilíbrio de sua saúde.

Mediante o exposto, à atuação profissional do Farmacêutico e a Educação em Saúde percebe-se haver influência considerável da abordagem humanista de sua formação na possibilidade de se fazer presente na promoção da saúde.

Uma vez que o farmacêutico assume a multidimensionalidade de sua ação tornar-se-á possível a compreensão integral do ser humano e o rompimento da fragmentação entre saberes e práticas (MOTA, 2007).

2.2 . Educação em Saúde e suas influências

O intercâmbio entre profissionais da saúde e a população constitui-se em um cenário proveitoso na construção de saberes que abarcam o tema saúde.

A educação em saúde demanda por um desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que conduza o indivíduo a sua autonomia capaz de intervir em sua vida e no ambiente, criando condições propícias à saúde (MACHADO et al., 2007).

Admite-se que a educação, por ser inerente a transformação, necessária ou pretendida, é capaz de nivelar a prática ao discurso e a difundir uma política, não só voltada para os velhos, mas construída e pensa por eles (SILVA, 2005).

Assim, visualizamos os princípios Freirianos como marco norteador para o desenvolvimento deste trabalho. Paulo Freire pensou que um método de educação

construído em cima da ideia de um diálogo entre educador e educando, onde há sempre partes de cada um no outro, não poderia começar com o educador trazendo pronto, do seu mundo do seu saber para seu período e o material da fala dele. Um dos pressupostos do método é a ideia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho (BRANDÃO, 1981).

Somente um método ativo, dialogal, participante, poderia proporcionar ao homem meios de superar suas atitudes (FREIRE, 2008). Segundo Paulo Freire (2005) a tendência, então, do educador-educando como dos educandos-educadores é estabelecida uma forma autêntica de pensar e atuar. E ainda complementa que somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também de gerá-lo.

Dias et al. (2009), expõe que a partir da década de 80, pelas influencias de Paulo Freire, os modelos de educação são alicerçados na proposta de educação transformadora e libertadora em que o aprendiz é um sujeito ativo do processo educacional e o educador o facilitado do processo de aprendizagem. Em paralelo a esta questão os meios de comunicação de massa, como a Televisão, subsidiam a realização das atividades educativas e pode atuar como facilitador na implementação do modelo de promoção da saúde, entretanto, alerta quanto a questionável qualidade do conteúdo vinculado e sua utilização de maneira correta.

Uma das mídias vincula de extrema relevância e que influenciam no uso de medicamentos são as propagandas de medicamentos. Alguns estudos evidenciam que os estrategistas de Marketing sabem que os indivíduos necessitam de sentimentos e não de produtos. Seguindo esta lógica, atrelam as necessidades básicas de bem-estar e exploram a ideia do inovador, superestimam a qualidade do produto colocando-os em uma posição central no processo terapêutico (NASCIMENTO, 2010; SILVA, 2011).

Retoma a educação como o caminho para o pensamento crítico e emancipatório, a fim de evitar a influência no uso indiscriminado de medicamentos e práticas erronias com o discurso do autocuidado.

2.3 Universidade da Maturidade e o Envelhecimento dos Renescentes Quilombolas

Dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010) mostram que a população negra representa cerca de 51% do total, ou seja, 97 milhões de pessoas (pretas ou pardas) no Brasil. Evidenciando outra reorganização demográfica na pirâmide etária brasileira, com população característica do envelhecimento. A proporção de pessoas acima de 60 anos na população negra brasileira representa 9,7%, dado considerado de grande importância para as políticas públicas no país. Porém, é a faixa etária que apresenta piores condições de saúde quando comparadas à população branca (FREITAS et al., 2011). Provavelmente esse dado pode estar relacionado à ausência de informações específicas sobre condições de vida e saúde da população negra nos sistemas de monitoramento e avaliação da situação de saúde.

A escolha da população, objeto de estudo deste trabalho, foram determinadas pelas inquietações apresentadas em diversos trabalhos quanto aos graves problemas relacionados não só aos aspectos culturais como também com a qualidade de vida e saúde de comunidade de Remanescentes Quilombolas. Por esta razão, diversas políticas públicas buscam garantir a interlocução das necessidades deste grupo populacional.

A história brasileira conta que os escravos eram mal tratados, além do trabalho pesado, eram acorrentados para não fugir e frequentemente recebiam castigos físicos. Mesmo com a imposição da cultura branca os negros não deixaram sua identidade e cultura apagar. Caracterizando como uma forma mais típica de resistência ao sistema escravocrata ocorria a formação de grupos de escravos fugidos, em prol de uma vida mais digna (MARQUES, 2011).

Segundo Lopes (2009), as comunidades Quilombolas do norte de Goiás, podem ter iniciado devido a um grupo de mineradores brancos que ameaçavam açoitar os negros que fugiam e se abrigavam em meio aos moradores das cidades, além dos africanos fugidos do Maranhão, Bahia e de Pernambuco.

Os quilombolas se distinguem pela identidade étnica, forma particular de organização social e predominante localização rural (VOLOCHKO, 2009). De forma mais estratificada para a população de velhos quilombolas, existem poucos estudos que demonstram aspectos epidemiológicos dessa população dados ausência de informações

correntes sobre condições de vida e saúde (FREITAS et al., 2011). Esta escassez de produção sobre os Quilombolas nas regiões brasileira converge na região do Tocantins, tanto no período após a abolição até a atualidade. (MARQUES, 2011).

Os inquéritos populacionais são importantes para uma melhor compreensão sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Entretanto ressalva que:

> [...] uma das limitações geralmente observadas nas pesquisas nacionais é que o tamanho amostral não permite desagregações para níveis geográficos menores, tornando difícil a avaliação de grupos populacionais específicos, como as comunidades quilombolas (GOMES, 2013, p. 122).

No Brasil existem 2.427 comunidades de Remanescentes Quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, das quais 27 estão localizadas no Estado do Tocantins. O reconhecimento como quilombolas impulsiona as comunidades a benefícios de Politicas Publicas especificas, possibilitando o acesso à bens básicos, como energia elétrica, água encanada, telefone público e escola (TESKE, 2010).

Nesta presente pesquisa trabalhou-se com a comunidade de Remanescentes Quilombolas de Malhadinha situada a cerca de 28 quilômetros da cidade de Brejinho de Nazaré, aproximadamente 90 quilômetros de Palmas, capital do Estado do Tocantins (BRASIL, 2013). Em virtude indefinição da divisão do município, Porto Nacional-TO, também é responsável e de grande influencia na comunidade. O nome Malhadinha origina-se do lugar onde o gado dormia, “malhada do gado”, entretanto, o nome verdadeiro da região é Fazenda São Felipe (MARQUES, 2011).

Nota-se o contrasta das casas de adobe cobertas de palha com a existência de casas de tijolos pintadas promovidas por um programa especifico da Caixa Econômica Federal, varias destas com antenas parabólicas nos telhados.

Esta comunidade conta com o Projeto de Extensão da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins do colegiado de Pedagogia do campus de Palmas, o que contribuiu categoricamente no processo de sensibilização na comunidade para o desenvolvimento deste trabalho. Este projeto é coordenado pela Dra. Neila Barbosa Osório, orientadora desta presente pesquisa, e pelo Prof. Me. Luiz Sinésio Neto, pioneiros no

desenvolvimento de educação com os velhos de diferentes culturas no Estado do Tocantins.

Contextualizando, a Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), criada em 2006, acompanha as ideias do psicopedagogo Pierre Vellas, na Universidade de Toulouse (França), nos anos 70, o qual formula ideia de universidade aberta voltada para a terceira idade (NUNES, 2000).

O Projeto da UMA/UFT foi implantado em Brejinho de Nazaré em 2012, ofertando aos velhos Remanescentes Quilombolas muito mais que uma oportunidade educacional. Proporcionou participação, autonomia e inserção social permitindo o desenvolvimento pessoal e coletivo da comunidade, motivados pela preocupação com a qualidade de vida e promoção da saúde. E foi nesta troca cultural que catabolizou os pesquisadores envolvidos na UMA/UFT a uma maior compreensão da realidade desta comunidade abrindo acesso as pesquisas.

A intenção da Universidade da Maturidade é que o velho ganhe maturidade teórica e organizativa com uma produção significativa, ancorada na teoria da educação continuada e com sólida presença nas universidades, tanto na pesquisa quanto no diálogo com outras áreas do conhecimento, com base ética, política e teórico metodológica, materializadas no projeto piloto e nas ações propostas pela UMA. Dessa maneira, o programa vem propor medidas eficazes no sentido de possibilitar a quebra de paradigmas, essencialmente no modo de como o velho se percebe no processo de envelhecimento (ÓSORIO, 2006).

3. METODOLOGIA

Neste item apresentamos a metodologia que percorreu esse estudo.

3.1 Delineamento do Estudo

A coleta de informações foi realizada no período de Maio de 2014 a Novembro de 2014, com Remanescentes Quilombolas da Comunidade Malhadinha no município de Brejinho de Nazaré –TO, a qual conta com um polo da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT).

Este é um estudo descritivo de natureza quali-quantitativa, voltada para a intervenção educativa junto a população de velhos, objeto deste estudo. Segundo Minayo e Deslandes (2002), a abordagem qualitativa possibilita ao investigador fazer observações de valores, crenças, dados do cotidiano e buscar o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados.

Para descrever a percentagem de velhos Remanescentes Quilombolas que usam medicamentos considerados inapropriados, será utilizado os Critérios de *Beers*, conforme quadro 1 (FILCK et al., 2003, e GORZONI et al., 2008).

O estudo teve como pesquisadores docentes e discentes do Programa de PósGraduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília e do Programa Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins.

O Programa UMA financiou o translado até a comunidade, bem como o custeio das despesas da viagem de Brasília para Palmas, para que fosse possível a presença da co-orientadora deste trabalho. Todos os canais de comunicação com a comunidade estavam abertos pois a orientadora desta pesquisa desenvolve o projeto da UMA dentro de Brejinho de Nazaré-TO e na comunidade de Malhadinha.

Esta pesquisa é parte do trabalho inedito desenvolvido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar resultante da parceria da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e Universidade de Brasília (UnB). A aliança entre a Universidade da Maturidade e o corpo docente da UnB possibilitou a participação valorosa de doutorandos, mestrandos e estudantes da iniciação cientifica, a destacar a participação do Prof. Me. Luiz Sinésio Neto, doutorando do Programa de Ciências e Tecnologias em Saúde da UnB e Professor da UFT, cuja participação viabilizou a realização desse estudo. Além destes há outros estudos em desenvolvimento envolvendo os Remanescentes Quilombolas que possam contribuir para a geração de saberes na área do envelhecimento humano no que se refere a educação e saúde.

Figura 1. Equipe de Pesquisadores e apoio: na fileira de cima da esquerda para direita: Dr. Mauro Karnikowski (UnB), Prof. Me. Luiz Sinésio Neto (UFT/UnB), Me. Leonardo Pereira (UnB). Na fileira de baixo na mesma sequencia: Prof. Ana Izabel Vargas (Secretária

de Educação de Brejinho de Nazaré), Sra. Myiiki Hiashida, Prof. Dra. Margô Karnikowski (UnB), Prof. Dra. Neila Osório (UFT), Sra. Natália Morbeck (UFT) e Bríjida Cunha (UFT).

Fonte: Fábio Almeida, 2014

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Brejinho de Nazaré, que está localizado a 100 quilômetros de Palmas, capital do Estado do Tocantins. Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013) demonstram que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Brejinho de Nazaré era de 0,686, em 2010. A cidade está situada na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,315), seguida por Longevidade e Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,148), seguida igualmente por Longevidade e Renda.

Figura 2 – Mapa de localização do município de Brejinho de Nazaré (TO)

Fonte: Pnad/Google (2013)

Estritamente, a população do estudo está situada na Comunidade de Remanescentes Quilombolas Malhadinha, a 28 quilômetros do centro da cidade de Brejinho de Nazaré (TO). A comunidade é composta de 60 casas, que albergam 72 famílias, totalizando aproximadamente 480 pessoas. Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde da Cidade de Brejinho de Nazaré (Brejinho de Nazaré, 2014) informam que a comunidade conta com um médico, que realiza atendimentos agendados mensalmente, uma enfermeira e um agente comunitário de saúde. Estudo realizado por Esteves et al. (2010) sobre o perfil sociolinguístico e socioeconômico das comunidades de Remanescentes Quilombolas do Tocantins refere que Malhadinha tem como principal atividade econômica o cultivo das terras e criação de gado, e muitos habitantes trabalham como vaqueiros para os fazendeiros da região. Em relação à infraestrutura, o estudo ressalta problemas fundiários, estrutura habitacional precária, energia elétrica em todas as casas e água encanada. A comunidade foi reconhecida pela Fundação Palmares no dia 20/01/2006 conforme o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.

3.3 População-alvo do estudo

A população-alvo do estudo são indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, residentes em domicílio na Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Malhadinha.

Outro ponto importante na delimitação deste estudo foi o fato da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins estar inserida na Comunidade objeto desta pesquisa.

Na figura a baixo, parte dos velhos de Malhadinha reunidos na área de convivência da comunidade para recepcionar os pesquisadores. A foto registra a fala inicial e apresentação da Equipe de pesquisadores no primeiro encontro.

Figura 3. Recepção e apresentação da Equipe de pesquisadores – primeiro encontro

Fonte: Fábio Almeida, 2014

3.4 Organização, Análise, Interpretação e Sistematização

Após percorrer os caminhos da pesquisa de campo será apresentado os resultados encontrados.

3.4.1 Cuidados éticos

Esta pesquisa teve por base as disposições da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 (BRASIL, 2012), que trata dos aspectos éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos e explicita que as pesquisas devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, visando à proteção integral do sujeito da pesquisa e, que a eticidade da pesquisa implica em consentimento livre e esclarecido dos indivíduosalvo dos estudos.

As informações coletadas no presente estudo são de caráter confidencial, com acesso restrito aos pesquisadores responsáveis e ao próprio indivíduo, podendo este retirar as informações dos bancos de armazenamento a qualquer momento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universitário Federal do Tocantins (UFT), com aceite do CEP-UFT nº 45/2014. Inicialmente os participantes do estudo, após esclarecimento detalhados fornecidos, assinaram o termo de consentimento Livre e Esclarecido. O Estudo foi também autorizado pela Associação dos Mini e Pequenos Produtores da Comunidade de Remanescentes Quilombolas Malhadinha.

3.4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os participantes da pesquisa eram maiores de 60 anos e fazem parte da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Malhadinha, situada no município de Brejinho de Nazaré – TO.

3.4.3 Coleta de informações

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, aonde cinco conjuntos de variáveis independentes foram considerados nas entrevistas: 1. Características socioeconômicas,

2. Aspectos socioculturais que influenciam no uso de remédios, 3. Consumo de remédios, 4.Cuidado com os medicamentos, 5. Relatos dos medicamentos utilizados pela população objeto deste estudo, conforme apêndice II, III, IV, V, VI.

Após organização das informações da entrevista semiestruturada, utilizou-se as questões abertas da entrevista com o objetivo de identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito das dimensões que influenciam o uso de medicamentos entre outros comportamentos relevantes para o cuidado com a saúde.

Desta forma os pesquisadores dialogaram, de maneira informal, com os entrevistados, possibilitando a esses verbalizarem seus comportamentos que influenciam no uso de remédios e ainda quanto ao autocuidado, viabilizando o aumento de informações para identificação das necessidades educativas no âmbito da saúde, como registrado na figura 4. Este instrumento de coleta de informações foi adaptado a partir de instrumentos com propósitos semelhantes, utilizados em outros estudos.

Figura 4. Realização das entrevistas

Fonte: Fábio Almeida, 2014

Realizou-se a identificação dos comportamentos que possivelmente possam configurar uso irracional de medicamentos, os quais determinaram as necessidades educativas em saúde.

A Figura 5 capta o momento de organização para realização das entrevistas em meio à comunidade.

Figura 5. Organização para realização das entrevistas.

Fonte: Fábio Almeida, 2014

Nesta análise foi aplicado os Critérios de *Beers-Fick*, para determinar a prevalência de fármacos potencialmente inapropriados para os velhos identificados no apêndice VI.

O desenvolvimento da Intervenção Educativa junto o população de velhos Remanescentes Quilombolas ocorreu de forma à sensibiliza-los por meio de uma cartilha conduzida na perspectiva de Paulo Freire (2008), conforme as necessidades identificadas nas entrevistas, observando as necessidades individuais e do grupo. Desta forma finalizaremos a troca entre educando-educador-educando

A análise e a interpretação das informações coletadas nas entrevistas aconteceram de forma comparativa e quali-quantitativa, mas considerando a diversidade das funções dos respondentes. Bem como foi verificado, analisado e interpretado se o que é discutido na

literatura científica e em estudos semelhantes realizados em outras Instituições de Ensino se confirmará nesta pesquisa.

Portanto, além de construir conhecimento, também buscou-se intervir junto aos velhos das comunidades de Remanescentes Quilombolas de Malhadinha incentivando a adoção de hábitos saudáveis e uma construção conjunta de conhecimento quanto ao uso de medicamentos de forma racional.

A figura abaixo registra o segundo dia de entrevistas na comunidade, marcada pelo processo de dialogo viabilizando a verbalização do participante quando aos cuidados com a saúde e com os medicamentos.

Figura 6. Realização das Entrevistas

Fonte: Juliana Pontes, 2014

4. RESULTADOS ALCANÇADOS

Foram convidados a participar do estudo quarenta acadêmicos da Universidade da Maturidade do polo de Malhadinha do Município de Brejinho de Nazaré-TO, foram visitas domiciliares e encontro no centro de convivência da comunidade. Dos 26 velhos que

aceitaram participar, de forma voluntária, sendo 11 homens (42,30%) e 15 mulheres (57,70%) com uma idade média de 63,76 anos (desvio padrão 7,64).

A tabela 1 apresenta as características socioeconômicas dos participantes, especificamente, idade, sexo, naturalidade, local (zona rural ou urbana), estado civil, renda própria, renda suficiente, renda proveniente, moradia, em relação à família se é cuidador familiar, sente se amparado, fica sozinho maior parte do tempo e convive bem, além da escolaridade. Um total de 26 velhos (idade média 63,76 ± 7,64), destes

11(42,30%) homens e 15 (57,70%) mulheres. Todos (100%) com naturalidade no município de Brejinho de Nazaré-TO e moradores da zona rural (100%) Comunidade quilombola Malhadinha.

Tabela 1. Analise descritiva das variáveis socioeconômico

Variáveis	N (%)	M (±dp)
Sexo		
Masculino	11(42,30%)	
Feminino	15(57,70%)	
Idade	26(100%)	63,76 ± 7,64
Naturalidade (cidade de nascimento)		
Brejinho de Nazaré	26(100%)	
Local		
Zona Rural	26(100%)	
Zona Urbana		
Estado Civil		
Casado/ou vive companheiro (a)	19 (73,1%)	
Solteiro (a)	1 (3,8%)	
Viúvo (a)	4 (15,4%)	
Divorciado (a)	2(7,7%)	
Renda Própria		
Sim	14(53,8%)	
Não	12(46,2%)	
Renda Suficiente		
Sim	18 (69,2%)	
Não	8(30,8%)	
Renda Proveniente		
Salário	4(15,4%)	
Aposentadoria/Benefício/ Pensão	15(47,7%)	
Outras rendas	7(26,9%)	
Moradia		
Própria	26(100%)	
Alugada		
Cedida/Invadida		

Outros	
O (a) Sr.(a) cuida de alguém dependente?	
Sim	14(53,8%)
Não	12(46,2%)
Em geral, o (a) Sr.(a) se sente amparado por seus familiares?	
Sim	20(76,9%)
Não	6(23,1%)
O (a) Sr.(a) mora só ou fica sozinho a maior parte do tempo?	
Sim	5(19,3%)
Não	21(80,7%)
Em geral, o (a) Sr.(a) convive bem com seus familiares?	
Sim	26(100%)
Não	
Escolaridade (anos)	
Analfabeto	12(46,2%)
1-4 anos de escolaridade	9(34,6%)
5-8 anos de escolaridade	3(11,5%)
9-11 anos de escolaridade	2(7,7%)

Fonte: Natália Morbeck, 2014

A Tabela 2 apresenta os Aspectos Socioculturais que influenciam no uso de remédios das respostas diretas, nota-se que as questões abertas são destinadas a análise qualitativa.

Dos 26 participantes da pesquisa 92,31% interessam-se por notícias sobre saúde, estes relatam que essa busca ocorre por meio da televisão, rádio, junto ao médico e enfermeira do posto de saúde. Destes, observa-se nas falas de 21 velhos que a ocorrência da busca de informações ocorre por meio da televisão.

Já no aspecto observado quanto a pratica de exercício físico, 57,69% considera que faz exercícios físicos e 42,31% relata não fazer, entretanto em suas falas confunde-se a interpretação do participante quanto a atividade física relacionando-a a atividade laboral na roça, como vaqueiro ou nos afazeres domésticos que inclui o cuidado com quintal e plantações. E 69% relatam dores no corpo ao final do dia, ressalta-se em suas falas dores nas costas (coluna), pernas, peito, mãos, joelhos e braço, evidenciado que não há profissional de educação física para orienta-los.

Na figura 7, registra a visita dos pesquisadores na comunidade para conhecer de perto os seus costumes e tradições. Observa-se a pratica de produção de varinha de mandioca, a qual existe muita força do produtor.

Figura 7. Visita à produção de Farinha

Fonte: Juliana Pontes, 2014

No entanto, a maioria dos entrevistados percebia sua condição física como sendo Boa (50%), seguindo de 42,31% que considera regular e apenas 7,69% considera ruim.

Quando questionados quanto a classificação do seu sono 65,38% considera muito bom ou bom, enquanto 19,23% considera razoável e 15,38% considera ruim ou muito ruim. A média apresenta 6,96 horas de sono por noite (desvio padrão 2,01) e 84,61% considera suficiente.

O serviço de saúde mais utilizado é o Sistema Único de Saúde (SUS), dos 26 participantes 73,07% utilizam apenas o SUS, 19,23% utilizam o SUS e a rede privada e 7,69% utiliza só a rede privada. A média da nota dada ao atendimento de saúde que recebem é de 6,96 (desvio padrão 2,01).

Quando indagados quanto a primeira providencia que toma quando se sentem mal ou sente alguma dor identificamos o uso de alguns medicamentos analgésicos e o uso de chás (detalhados na tabela 5), procura por um vizinho ou vão ao médico. No decorrer do dialogo questiona-se quem mais aconselha o participante sobre qual

“remédio” deve usar quando sente alguma coisa, dos 26 velhos, 10 relatam que não precisam de conselhos que ele próprio sabe como deve se tratar. Vale ressaltar a fala

de uma das participantes que diz: "*tenho a manha, não preciso de ajuda*". Já os outros participantes relatam solicitar ajuda dos familiares (filhos, mãe, marido), com os vizinhos ou com o médico.

Quando questionados sobre o costume de ir ao médico 22 velhos (84,61%) relata ir com frequência. Destes, dezesseis participantes relaram ir ao médico mensal, bimestral ou trimestralmente fato decorrente da visita do médico do Programa Saúde da Família. Enquanto que o restante, 6 velhos, relatam ir ao médico semestralmente ou anualmente só quando sente alguma dor ou passa mal.

Quanto a frequência da realização de exames 50% faz anualmente, enquanto 23,07% bienalmente, seguido por 19,23% que relatam fazer mensal, bimestral ou trimestralmente e por fim apenas 3,84% informa não fazer exames. Nos discursos ressalta-se alguns tipos de exames: Sangue, urina, fezes, próstata ou papa Nicolau, Raio X, colesterol, Diabetes, cortisol, função renal e coração.

As visitas do médico do Programa da Saúde da Família são frequentes na comunidade de Malhadinha, mensalmente ou bimestralmente. Entretanto, há ainda 30,77% os participantes que relatam não ter atendimento por este programa.

No momento da pesquisa 46,15% informam que estava fazendo uso de algum medicamento. E mais uma vez o SUS está presente na vida desta comunidade, pois é este o meio de maior acesso aos medicamentos que eles possuem computando 46,15%, enquanto 30,77% corrobora que a primeira opção é o SUS entretanto quando há falta do medicamento recorrem as farmácias comerciais, e apenas 23,07% adquiri os medicamentos apenas na farmácia comercial pois relatam que nunca encontram o que precisam no posto de saúde. 53,85% Teve dificuldade de adquirir seus medicamentos sendo sua a média de gastos por mês com medicamento de 73,15 reais (desvio padrão de 129,83).

No processo de diálogo com os participantes nota-se nos discursos a necessidade de dirigirem-se ao município vizinho de Porto Nacional-TO ou para a Capital Palmas-TO, devido a constante falta de medicamentos no Posto de Saúde do município de referência da Comunidade.

Outro fator identificado nesta pesquisa é que 23,08% compra medicamento sem receita e todos justificaram que o faz quando sente dor, comprando analgésicos. Um

aspecto importante e de extrema relevância é o fato de 23,08% terem deixado de todas medicamentos prescritos pelo médico, onde todas as justificativas revelam este fato decorreu pelo participante achar que não precisava mais pois já estava se sentindo bem.

Uma prática comum ao meio rural identificada nesta pesquisa é que 80,77% consome medicação caseira. Entretanto, 65,38% classifica que às vezes toma medicamento por conta própria, seguida por 15,38% que relata nunca tomar, 11,53% toma frequentemente e 7,69% informa tomar sempre.

Tabela 2. Analise descritiva das influencias no uso de remédios

Variáveis	N (%)	M (±dp)
Interesse por notícias sobre saúde		
Sim	24 (92,31%)	
Não	2 (7,69%)	
Faz Exercícios Físicos		
Sim	15 (57,69%)	
Não	11 (42,31%)	
Caso positivo, Com orientação Profissional		
Sim		
Não	26 (100%)	
Sente dores		
Sim	18 (69%)	
Não	16 (61,53)	
Como considera sua condição física		
Boa	13 (50%)	
Regular	11 (42,31%)	
Ruim	2 (7,69%)	
Muito Ruim	0 (0%)	
Como classificaria seu sono		
Muito bom	7 (26,92%)	
Bom	10 (38,46%)	
Razoável	5 (19,23%)	
Ruim	3 (11,53%)	
Muito ruim	1 (3,80%)	
Horas de sono por noite	26 (100%)	6,96 ± 2,01
Considera suficiente		
Sim	22 (84,61%)	
Não	4 (7,7%)	
Quais serviços de Saúde que utiliza		
SUS	19 (73,07%)	
Particular e SUS	5 (19,23%)	
Particular	2 (7,69%)	
Nota a qualidade do atendimento que recebe	26 (100%)	6,96 ± 2,01
Costuma ir ao médico		

Sim	22 (84,61%)	
Não	4 (15,38%)	
Caso positivo, com que frequência		
Mensal	5 (22,72%)	
Bimestral	9 (40,91%)	
Trimestral	2 (9,09%)	
Semestral	2 (9,09%)	
Anual	4 (18,18%)	
Com que frequência costuma fazer exames		
Nunca	2 (7,69%)	
Mensal	2 (7,69%)	
Bimestral	2 (7,69%)	
Trimestral	1 (3,84%)	
Anual	13 (50%)	
Bienal	6 (23,07%)	
Atendido pelo Programa da Saúde da Família		
Sim	18 (69,23%)	
Não	8 (30,77%)	
Atualmente está fazendo uso de algum medicamento		
Sim	12 (46,15%)	
Não	14 (53,85%)	
Quando necessário onde adquiri medicamento		
SUS	12 (46,15%)	
Farmácia Comercial e SUS	8 (30,77%)	
Farmácia Comercial	6 (23,07%)	
Tem ou já teve dificuldade para adquiri-los		
Sim	14 (53,85%)	
Não	12	
Quanto gasta com medicamento por mês (reais)	14 (53,85%)	73,15 ±129,83
Compra medicamentos sem Receita		
Sim	10 (38,46%)	
Não	16 (61,54%)	
Deixou de tomar o medicamento receitado		
Sim	6 (23,08%)	
Não	20 (76,92%)	
Utiliza medicação caseira		
Sim	21 (80,77%)	
Não	5 (19,23%)	
Toma medicamento por conta própria		
Nunca	4 (15,38%)	
Às vezes	17 (65,38%)	
Frequentemente	3 (11,53%)	
Sempre	2 (7,69%)	

Fonte: Natália Morbeck, 2014

Na avaliação do consumo de remédios, 38,46% fazem uso de medicamentos de uso continuo (todos os dias), destes o número médio de medicamento ingeridos por dia é

de 2,8 (desvio padrão 2,3). Enquanto que 46,15% dos participantes afirmam ingerir esporadicamente, tendo como consumo médio de medicamentos por dia de 1,58 (desvio padrão de 0,78), considerando como padrão as últimas duas semanas antecedentes as entrevistas.

Ressalta-se que durante o dialogo os participantes relatam que quando ocorre dúvida sobre medicamentos, solicita informação do médico, enfermeiro, irmãos, filha, farmacêutico ou a mãe.

Devido à alta taxa de analfabetos, 53,84% os participantes relatam pedir para alguém ler a bula, seguido por 23,08% que não lê a bula e outros 23,08% não solicita ajuda de ninguém, pois o próprio entrevistado lê a bula dos medicamentos que usa.

Quando indagados quanto ao nome dos medicamentos que usam 53,84% relata saber o nome de todos os medicamentos que utiliza, os detalhes estão catalogados na tabela 5, enquanto 46,15% relatam não saber. E que quando esquecem de tomar o medicamento 53,84% toma no próximo horário indicado, enquanto 34,61 toma assim que lembra e 11,54 corrobora nunca esquecer.

Durante a entrevista foi possível identificar que 96,15% nunca mudou a dose dos medicamentos prescritos pelo médico e 3,85 diz já ter mudando a dose tomando dois comprimidos de uma única vez.

No processo de análise do discurso do participante, pode-se identificar que muitos relatam não se recordarem de nenhuma orientação do médico ou do farmacêutico quanto ao uso de medicamento quando inicio o tratamento, em quantos outros recordam quanto as orientações de horários e função dos medicamentos.

E por fim, 46,15% identifica o medicamento toma pelo nome, enquanto 23,08% identifica pela cor ou por outras informações contidas na caixa. Durante o diálogo foi possível identificar uma pratica que não havia como opção no questionário e portanto, a que eles identificam o medicamento que tem q tomar pois guardam separados do restante.

Para melhor compreensão dos dados, vale informar que devido a algumas repetições nas falas dos participantes da pesquisa, inclui-se como opção de resposta nas tabelas 3 e 4, entretanto manteve-se o questionário como foi aplicado e aprovado pela banca examinadora na qualificação deste estudo, podendo ser visualizado no apêndice IV. Este fato demostra o dialogo mantido durante as entrevistas, o que possibilitou aos

participantes verbalizarem seus comportamentos em relação aos cuidados com a saúde e consumo de medicamento.

Tabela 3. Avaliação do Consumo de Remédios

Variáveis	N (%)	M (±dp)
Toma algum remédio todos os dias		
Sim	10 (38,46%)	
Não	16 (61,53%)	
Nº de medicamento consumido por dia (referente as últimas duas semanas)		
Consumo dos participantes que utilizam medicamentos diariamente	10 (38,45%)	2,8 ± 2,3
Consumo dos participantes que relatam uso esporádico	12 (46,15%)	1,58 ± 0,78
Pedi para alguém ler a Bula dos medicamentos		
Sim	14 (53,84%)	
Não	6 (23,08%)	
O Próprio participante lê a bula	6 (23,08%)	
Sabe o nome de todos os medicamentos que usa e para que serve		
Sim	14 (53,84%)	
Não	12 (46,15%)	
Quando esquece de tomar o medicamento na hora certa, o que você faz		
Toma assim que se lembra	9 (34,61%)	
Toma no próximo horário indicado	14 (53,84%)	
Nunca esquece	3 (11,54%)	
Costuma mudar a dose do remédio receitado		
Sim	1 (3,85%)	
Não	25 (96,15%)	
Como identifica o medicamento que tem que tomar		
Pelo nome	12 (46,15%)	
Pela cor	3 (11,54%)	
Por outra informação da caixa	3 (11,54%)	
Necessita de ajuda de outra pessoa	3 (11,54%)	
Guarda separado	5 (19,23%)	

Fonte: Natália Morbeck, 2014

A tabela 4 apresenta o cuidado com os medicamentos, nesta tabela também incluímos as respostas mais frequentes a fim de viabilizar a compreensão das informações coletadas durante o diálogo entre pesquisador e participante, desta forma pode-se observar hábitos e costumes sem a influência do pesquisador.

Durante a análise das falas quanto ao local onde guardo os medicamentos, todos demonstram a preocupação de não deixar em local de fácil acesso para as crianças,

seguido das seguintes opções de locar: armário da cozinha, estante da sala, guarda roupas no quarto, carteira ou geladeira.

Outro habito importante há ser identificado é como verificam se o medicamento está próprio para consumo, 57,7% informar observar a validade, seguido por 11,54% relata que toma até acabar, outros 11,54% informa que costuma ver pelo tempo que adquiriu o medicamento, 7,69% não verifica, outros 7,69% relatam que nunca vence e por fim, 3,85% verifica a cor do medicamento. Entretanto, todos que identificam que o medicamento está impróprio referem jogar fora.

E ainda quando expressão o destino dos medicamentos impróprios para consumo evidenciamos algumas falas importantes nestes hábitos, onde se expressaram em uma ou mais atitudes, são elas: 2 disseram que jogariam no córrego, 5 na fossa, 8 no mato, 8 enterrariam e 4 queimariam.

Tabela 4. Avaliação do Cuidado com os medicamentos

Variáveis	N (%)
Onde guarda seus medicamentos	
Quarto (Guarda roupas)	8 (30,76%)
Sala (estante ou armário)	8 (30,76%)
Cozinha (estante ou armário)	9 (34,61%)
Carteira	1 (3,85%)
Bolsa na Geladeira	1 (3,85%)
Como verifica se o medicamento está próprio para consumo	
Pela validade	15 (57,7%)
Não verifica	2 (7,69%)
Toma tudo até acabar	3 (11,54%)
Nunca vence	2 (7,69%)
Pelo tempo que adquiriu o medicamento	3 (11,54%)
Pela cor	1 (3,85%)
O que faz com os remédios vencidos	
Joga fora	26 (100%)
Quando Joga fora, onde joga	
Lixo Comum	2 (7,69%)
Vaso Sanitário / Pia da Cozinha	1 (3,85%)
Outros, qual?	23 (88,46%)

Fonte: Natália Morbeck, 2014

Para melhor compreensão e analise catalogamos nas tabelas 5 e 6 a listagem dos medicamentos utilizados pelos participantes relatado durante os diálogos das entrevistas. Sendo a primeira coluna com os nomes e a segunda coluna com as alegações de uso.

Tabela 5. Medicamentos Utilizados pelos Quilombolas de Malhadinha - Plantas medicinais

Nomes relatados	Alegações de uso
Chá da folha de Anador	Dor de cabeça e corpo
Capim cheiroso + Flor da Maravilha + Trevo da folha Verde + Folha de Carambola.	Hipertensão, Tremor e tontura
Chá de limão	Para dor
Chá de Folha de manga comum	
Chá da Babosa	Intestino preso e dor no estomago
Chá de Capim Cidreira ou santo	Clamante, para dormir e para veia da perna
Chá da Casca de Sucupira	Para abrir o apetite e para o sangue
Chá de Barbatimão	
Chá de alho	
Chá de Canela	
Chá da folha de Carne	
Chá de Trevo	Para o coração
Chá de Erva doce	Para Gases
Chá de Acerola	
Chá de Capim Cidreira ou santo ou erva cidreira	Dor de cabeça, calmante e para pressão
Coca + erva Cidreira + folha da Taioba + Alecrim Torrado + gotas de copaíba.	Para Sinusite
Pau Moreira	Para tosse ou gripe
Chá da Folha de Algodão	Para o baço e dor no peito
Chá de Aroeira Chá de Hortelão	Para inflamações
Chá da folha de dipirona	
Chá de Metrais (raiz)	Para Cólica

Fonte: Natália Morbeck, 2014

No ato da entrevista alguns dos participantes apresentaram as caixas dos medicamentos que estavam utilizando. Devido a este fato, foi possível observar que em três casos o velho faz referia a um medicamento como sendo um antibiótico, entretanto, eram medicamentos analgésicos ou relaxante muscular. Por outro lado em três diferentes

casos os participantes tinham conhecimento do medicamento que estavam usando e para que servia.

Dentre os relatos dos participantes observamos em suas falas algumas patologias que eles declaram ter: Hipertensão, Epilepsia, Insônia, Asma, Ansiedade e depressão, Pressão alta, problemas cardiovasculares e *Diabetes Melitus*.

No momento da pesquisa 46,15% informam que estava fazendo uso de algum medicamento. No processo de diálogo com os participantes da pesquisa, foram relatados o uso de alguns medicamentos. A fim de padronizar, estes dados foram organizados na tabela 6 em ordem alfabética dos princípios ativos, totalizando 33 medicamentos diferentes, sendo 11 destes citados pelo nome comercial.

Tabela 6. Medicamentos Utilizados pelos Quilombolas de Malhadinha

Nomes Relatados
Ácido acetilsalicílico
Aguardente
Alcachofra (*Cynara scolymus* L.) + Boldo (*Peumus boldus*M.) (Figatil) Amitriptilina
Amoxicilina
Biotónico Fontora (Sulfato Ferroso, Ácido fosforico e Extratos de Palnas tonicas) Brometo de Tiotrópio
Carisoprodol + Diclofenado de sódio + Paracetamol + Cafeína (Tandene ou Torsilax) Carvedilol
Carvedilol
Citrato de Orfenadrina +Dipirona + Cafeína Anidra (Dorflex)
Dexclorfeniramina (Histamin)
Diazepam
Diclofenaco
Dipirona (Anador)
Enalapril
Escopolamina (Buscopan)
Espironolactona
Fluoxetina
Formoterol (Foraseq)
Furosemida
Hidróxido de Magnésio, Carbonato de Cálcio e Hidróxido de Aluminio (Gastrol) Ibuprofeno
Losartana
Metformina
Omeprazol
Paracetamol
Prometazina (Fenergan)
Ranitidina
Simeticona (Luftal)
Sinvastatina
Sulfato Ferroso
Vitamina B1

Fonte: Natália Morbeck, 2014

5. DISCUSSÃO

A seguir apresentou-se a discussão das variáveis observadas neste trabalho.

5.1 Descrições da População

Os entrevistados possuem idade de (63,76 ± 7,64), dados do Censo IBGE (2010) demonstram que a expectativa de vida no Brasil é de 74,6 anos. No Estado do Tocantins esta taxa é de 71,8 anos. Interessantemente o Tocantins apresenta uma disparidade entre os sexos no que se refere esperança de vida, os homens são os 14º com mais alta esperança de vida no Brasil (68,9 anos), mas as mulheres estão apenas na 19ª posição (75,1 anos). No entanto estas taxas apresentam diferenças quando analisadas com um recorte racial/étnico, de fato a população negra brasileira (preto e pardo) apresentam menores taxas de expectativa de vida 68 anos, quando comparada com a população branca 74 anos e amarela 75,7anos. Na região Norte a população negra (preto e pardo) apresenta uma expectativa de vida 67,74 anos a população branca 73,93 anos e amarela 67,17 anos (PAIXÃO et al., 2005). Estes dados apontam para uma possível amostra populacional considerada “jovem”, ou seja, com uma maior concentração na faixa etária de 60-69 anos de idade.

Em relação à escolaridade nota se um alto indicie de velhos no grupo de analfabetos (46,2%) e 1-4 anos de escolaridade (34,6%). Dados do IBGE (2010) evidencia que a escolaridade da população brasileiros na fase da velhice é ainda considerada baixa, 30,7% tinham menos de 1 ano de instrução e 50,2% com menos de 4 anos de estudo. Em relação à população negra residente da zona rural, estudo realizado pelo Centro de Estudos, Estatísticas e Pesquisa do Ceperj (2010), em 24 comunidades quilombolas no estado do Rio de Janeiro, encontrou um índice de 20% de analfabetismo nas famílias estudadas. Este fato segundo o estudo pode ser explicado pela dificuldade do acesso à educação e o trabalho ser relacionado basicamente à atividade rural. Maiores estudos devem ser realizados sobre o nível de escolaridade da população de velhos quilombolas.

5.2 Fatores Socioculturais que influencia no uso de medicamento, Consumo e Cuidado com medicamentos

Em relação aos resultados encontrados quanto aos fatos socioculturais investigados são semelhantes com aquele relatados na literatura.

Um dos fatores analisados foi o interesse por notícias de saúde da população estudada, totalizando 92,31%, destes 87,5% relatam que a busca de informações ocorre por meio da televisão (TV). Surge, então, o questionamento em torno da fidedigna atuação da mídia nos aspectos da saúde. Dias et al., (2009), alerta quanto ao exercício crítico e reflexivo de todas informações vinculas polos meios de comunicação, e demostra sua preocupação quanto a prática e utilização de maneira benéfica pelos usuários da mídia. Entretanto, admite que a intenção dos meios de comunicação de massa é de oportunizar o conhecimento visando o empoderamento na tomada de decisões para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

A influência da mídia e das propagandas é motivo de alerta em alguns estudos, as propagandas nem sempre vêm acompanhadas apenas de informações, mas sim de artifícios que tendem a aquisição do produto anunciado, enaltecendo quase exclusivamente seus benefícios omitindo os riscos inerentes à sua utilização (NASCIMENTO, 2010; SILVA, 2011).

Em análise a alguns fatores, evidencia-se neste estudo, que o exercício da automedicação é muito acentuado entre os participantes. Embora a maioria dos entrevistados classificarem sua condição física como Boa (50%), destaca-se para alguns pontos de conflito.

Vinculou-se este fato ao uso de medicamentos analgésicos para alivio das dores no corpo provocadas pelas atividades laborais intensas e uso de outras classes medicamentosas no alivio da dor, como evidenciado nos resultados desta pesquisa. Além das evidencias nos relatos, que dentre outras medidas, a primeira providência que tomam ao sentir mal é o uso de analgésicos. Outro ponto de conflito é que, dos 26 participantes, 10 relatam que não precisam de aconselhamento que ele próprio sabe como deve se tratar ou aconselha-se com familiares e vizinhos. 23,08% compra medicamento sem receita e todos justificaram que o faz quando sente dor, comprando analgésicos. E por fim, um

aspecto importante é o fato de 23,08% terem deixado de todas medicamentos prescritos pelo médico.

Isto assemelha-se a diversos estudos sobre a automedicação. Piotto (2009), evidencia em seu estudo o emprego de analgésicos e anti-inflamatório o grupo de fármacos mais encontrado na automedicação. E ainda que em muitas ocasiões a prática da automedicação pode ser considerada uma necessidade ao sistema de saúde. Por fim, reforça a necessidade de medidas de orientação sobre o uso adequado de medicamentos além de medidas que promovam o acesso aos serviços de saúde.

Loyola (2002), Arrais (1997) e Carrasco (2011) corroboram com Piotto (2009) e este presente estudo, evidenciando em seus estudos a pratica da automedicação, sendo os analgésicos e antipiréticos os medicamentos não-prescritos mais consumidos e que a maioria adquire medicamentos pela indicação de familiares e/ou amigos.

A automedicação por analgésicos merece uma ponderação mais criteriosa, uma vez que os efeitos colaterais destes medicamentos, podem levar o indivíduo a desenvolver desde a dependência do medicamento até os severos efeitos adversos como sangramento digestivo, hipersensibilidade e síndrome de Reye (METTEDE, 2013).

Outros fatores que implica na automedicação é a dificuldade de acesso ao sistema de saúde. As entrevistas revelam a maioria tem o costume de ir ao médico regularmente, que o serviço de saúde mais utilizado é o SUS e em 19,23% utiliza o SUS mas que muitas vezes é necessário utilizar também a rede privada de atendimento. E mesmo com uma grande discrepância das notas dada ao atendimento de saúde que recebem a média ainda é de 6,96.

No processo de diálogo com os participantes nota-se nos discursos a necessidade de dirigirem-se ao município de Brejinho de Nazaré para consultas médicas, ou apontam o município vizinho de Porto Nacional-TO e a Capital Palmas-TO, como uma alternativa para as faltas de especialista médicos e ainda devido as constantes faltas de medicamentos no Posto de Saúde do município de referência da Comunidade. Mostrando claramente a pendencia pelo SUS ou ainda comprometendo sua renda quando com altos gastos com a saúde e medicamentos.

Gomes (2013) analisou o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população Quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, onde confirmou que o grupo

estudado possui maior dificuldade de acesso e menor utilização de serviços, evidenciando que a população quilombola vive em situação de desigualdade em saúde. Revela também a necessidade por ações intersetoriais adequadas para enfrentar os obstáculos relacionados ao acesso e uso de serviços pelos quilombolas. Este presente trabalho ratifica o que atesta em seu estudo.

Por outro lado divide-se a opinião dos participantes da presente pesquisa, há ainda os que não sentem a necessidade de adequações no sistema de saúde refletindo nas notas dadas ao atendimento que recebem. Embora muitos peregrinam pelo SUS de outros municípios ou a rede privada em busca de melhores condições de atendimento de saúde e em busca de medicamentos, muitas vezes essenciais. Freitas (2011) explica este fato pelo conceito de saúde não significar a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da conjuntura social, econômica e cultura.

Outro estudo demonstra que, em se tratando da pessoa idosa, os Quilombolas enfrentam dificuldade de acesso aos serviços públicos procurando por serviços de saúde particulares para receber tratamento específico de seus problemas de saúde e obter receitas dos medicamentos que são de uso contínuo (SANTOS, 2014).

As grandes falhas na inclusão de pessoas historicamente marginalizadas no Brasil, é evidenciado na trajetória do SUS. As políticas públicas em saúde devem buscar a equidade por meio da atenção inclusiva às comunidades quilombolas brasileiros, principalmente da população idosa por necessitar de atenção específica e especializada (FREITAS, 2011; SANTOS, 2014).

Outro ponto que colabora com a pratica da automedicação é o estoque de medicamentos em casa, representando um fato de risco de intoxicação para crianças, além de induzir ao uso desnecessário devido a facilidade de acesso. Outro ponto preocupante no estoque de medicamentos é quando a guarda de medicamentos não é feita corretamente (RIBEIRO, 2005).

Não obstante que os participantes relatem sua preocupação com a armazenagem dos medicamentos estocados em casa, este discurso restringe-se apenas no sentido de dificultar o acesso das crianças e não mencionam a necessidade do local de armazenamento quanto a humidade e calor. Observando os resultados desta pesquisa que

foi 34,61% armazenam na cozinha e 3,85% armazena na carteira, fica claro o mal acondicionamento praticado por parte dos participantes.

O armazenamento inadequado implica na garantia da qualidade do produto e pode alterar sua eficiência, pois todo medicamento possui propriedades físicas, químicas e condições microbiológicas específicas. A manutenção de suas propriedades depende da sua estabilidade que pode ser modificada por fatores como temperatura, presença de oxigênio, luz solar, radiação e umidade. O loca de armazenamento deve ser ao abrigo da luz e do calor, em ambiente seco, ou seja, deve ser evitado o banheiro e a cozinha, prevenindo assim a possível degradação do produto. Alguns estudos concordam com os resultados obtidos neste trabalho, sendo a cozinha um dos locais mais frequentes na escolha para armazenagem de medicamento (FIGUEIREDO, 2012; LIMA, 2008).

Seguindo este sentido do cuidado com os medicamentos em casa, observamos mais duas variáveis muito importantes que podem comprometer a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade. O primeiro é quanto a verificação se o medicamento esta própria para consumo, o segundo é quanto ao descarte de medicamento vencidos.

Dos entrevistados, 57,7% observa quando a data de validade, entretanto o restante relata comportamento errôneos como por exemplo, verifica a cor, o tempo de adquiriu ou ainda não verificam. A ingestão de medicamentos vencidos pode levar a um quadro de intoxicação pois não há mais a garantia da estabilidade dos produtos, podendo gerar um metabolitos e reações no organismo desconhecidos.

Em estudo semelhante apresentado por Vaz (2011) a porcentagem de entrevistados que responderam observar o prazo de validade é de 90%. Já os resultados apresentados por Fanhani et al., (2006) foi de 68% da população estudada que observa o prazo de validade dos medicamentos, o que nestes dos casos confirma o resultado encontrado.

Já a avaliação do processo de descarte dos medicamentos, os resultados foram ainda mais preocupantes. Barcelos (2011) e Ueda (2009), alertam para os prejuízos aos diversos ecossistemas pela contaminação da água e do solo por fármacos, que não são eliminados no processo de tratamento de esgoto, o descarte aleatório de medicamentos trona-se um problema de saúde pública. Cabe, mais uma vez, a educação exercer o papel na orientação e aletas das consequências trazidas ao meio ambiente.

Os participantes da presente pesquisa expressão no decorrer do dialogo o destino dos medicamentos impróprios para consumo seria o descarte no córrego, na fossa, no mato, enterrariam ou queimariam.

Este fato demonstra claramente a falta de consciência quanto aos danos que podem ocorrer, um estudo semelhante apresentado por Ueda (2009) constatou que 71,6% dos entrevistados nunca pensaram a respeito do descarte de medicamentos.

Uma pratica identificada nesta pesquisa é que 80,77% consome medicação caseira. Na tabela 5, pode ser observada a flora medicinal da comunidade como sendo um arsenal terapêutico de enorme importância. Este presente trabalho não objetivou esgotar quanto ao uso de plantas como forma de terapia, entretanto, não poderia ser ignorado tal dado de extrema relevância, sugere-se que futuros estudos possam resgatar a etnobotânica / etnofarmacêutica da comunidade de malhadinha.

A etnofarmacêutica além de contribuir com informações sobre o acervo terapêutico de uma comunidade, pode contribuir para a preservação cultural e ambiental (PINTO, 2008).

Segundo Franco (2006), os quilombolas encontram-se em processo de mutação, havendo um confronto entre os modos de pensar e agir habituais da comunidade e as novas ideias e costumes trazidos com a sociedade urbana, refletindo-se nas questões da saúde e doença. Necessitando, assim, de trabalhos de resgate junto às novas gerações das comunidades Quilombolas.

Um estudo conduzido por Mesquita (2013) com famílias Quilombolas, corrobora com alguns dados do presente estudo, quando apresenta que uso da Cidreira dentre outras plantas são citadas como de uso comum na comunidade.

Outro estudo do uso de plantas medicinais em uma comunidade de Remanescentes Quilombolas, citam algumas plantas em comum com as apresentadas no presente estudo, como Erva Cidreira, Capim-Santo, Hortelã folha graúda (SALES, 2009).

São inúmeros os estudos que apontam como prática alternativa o uso de plantas consideradas por eles medicinais (FREITAS, 2011).

Quanto ao uso de medicamentos alopáticos este estudo apresenta alguns dados significativos, considerando como padrão as últimas duas semanas antecedentes as entrevistas.

Segundo Costa (2011), não existe consenso na literatura sobre o período recordatório ideal para investigar o uso de medicamento na população, pois penderá do proposito do estudo e da capacidade do indivíduo em lembrar.

No total 84,61% da população estudada relata ter feito uso de algum medicamento nas últimas duas semanas, entre medicamentos prescritos de uso continuo (38,46%) e medicamentos não prescritos de uso esporádico (46,15%). Em consonância com um estudo semelhante com uma população idosa do Município de Bambuí, Minas Gerias, onde 86,11% relataram ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos três meses (LOYOLA, 2005). Podendo concluir ser um valor significativo que requer atenção dos profissionais da saúde com as questões que circundam este uso.

5.3 Medicamentos utilizados X medicamentos inapropriados

No momento da pesquisa 46,15% informam que estavam fazendo uso de algum medicamento. Quando questionados os nomes destes medicamentos os participantes relatam 33 princípios ativos diferentes sendo 11 relatados pelo nome comercial.

Na comparação entre a tabela 6 (Medicamentos utilizados pelos Quilombolas de Malhadinha) e o quadro 1 (Critérios de Beers), é possível quantificar que dos 33 medicamentos citados, sete (21,21%) constam como medicamentos não recomendados pelos critérios de Beers-Filck, estes foram citados por nove (34,61%) dos participantes da pesquisa.

Os sete medicamentos inapropriados usados pelos velhos de Malhadinha, são eles: Diazepam, Amitriptilina, Fluoxetina, Dexclorfemiramina, Prometazina, Sulfato Ferroso e Carisoprodol. Gorzoni (2008) e Ribeiro (2005) concluem que os Critérios de *Beers-Fick* são úteis para a prevenção do uso de fármacos potencialmente inapropriados em velhos.

Quadro 1. Medicamentos não recomendados em idosos, indeptendentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opções à prescrição de outros fármacos mais seguros pelos critérios de Beers-Filck e comercializados no Brasil.

Benzodiazepínicos	Amiodarona
Lorazepam > 3,0 mg/dia	Digoxina > 0,125 mg/dia
Alprazolam >2,0 mg/dias	(exceto em arritimias atriais)
Clordiazepóxido	Disopiramida
Diazepam	Metildipa
Clorazepato	Clonidina
Flurazepam	Nifedipina
Amitriptilina	Doxazosina
Fluoxetina (diariamente)	Dipiridamol
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Ticlopidina
Tioridazina	Antiinflamatórios não-hormonais
Meperidina	Indometacina
Anoréxicos	Naproxeno
Anfetamins	Piroxicam
Anti-histáminicos	Miorrelaxantes e antiespasmódicos
Clorfeniramina	Carisoprodol
Difenidramina	Clorzoxazona
Hidroxizina	Ciclobenzaprina
Ciproeptadina	Orfenadrina
Tripelenamina	Oxibutinina
Dexclorfeniramina	Hiosciamina
Prometazina	Propantelina
Clorpropamida	Alcalóides da Belladona
Estrogênios não-associados (via oral)	Cetorolaco
Extrato de Tireóide	Ergot e ciclandelata
Metiltestisterona	Laxantes
Nitrofurantoina	Bisacodil
Sulfato ferroso	Cascará sagrada
Cimetidina	Óleo mineral

Fonte: FILCK et al., 2003.

5.4 A intervenção Educativa

No decorrer esta pesquisa ficou evidente a necessidade de uma intervenção educativa junto à comunidade de Remanescentes Quilombolas de Malhadinha.

Em virtude dos aspectos socioculturais, consumo e cuidados com os medicamentos apresentados e levando em consideração o auto índice de analfabetos, propõe-se como

intervenção educacional por meio uma cartilha ilustrativa orientando alguns cuidados com a saúde e com os medicamentos.

A partir das informações coletados foi possível compreender que existe uma miscigenação dos conhecimentos tradicionais e biomédicos no enfrentamento do processo de saúde-doença. Pois a composição do conhecimento prove da arte terapêutica das plantas e dos conhecimentos alicerçados no discurso oficial do sistema de saúde, como medicamentos alopáticos e consultas médicas.

Esta cartilha foi elaborada pela autora e orientadoras desta pesquisa, no contexto da população de velhos Quilombolas, a partir das necessidades identificadas, baseada na perspectiva Freiriana, onde estes velhos participaram desta construção. As informações técnicas contidas na cartilha são fundamentadas nas referências descritas no decorrer do trabalho e as gravuras captadas em banco de imagens gratuitos disponíveis na internet.

O produto desta pesquisa, a cartilha, nomeado como “A informação é o melhor remédio” aborda 4 temas, podendo ser apreciado logo abaixo. O primeiro tema convida para a ponderação sobre as propagandas de medicamentos e outros produtos divulgados na mídia. O anuncio publicitário pode educar ou deseducar pendendo a que o anunciante se propõe a divulgar, no entanto, as propagandas nem sempre vêm apenas com informações elucidativas, mas sim, de artifícios que visam promover a venda do produto anunciado.

Estas propagandas são regulamentas e monitoradas pelas legislações e normas da ANVISA, a qual permite a divulgação para população em geral apenas dos medicamentos de venda isentos de prescrição médica. Já os medicamentos de venda sob prescrição médica não podendo ser vinculados em meios de comunicação de massa (rádio, televisão e jornal) os publicitários recorrem a outras formas de propagandas e incentivos.

É então que ocorrem as campanhas planejadas para atingir médicos, dentistas, farmacêuticos, donos e balconistas de farmácias. Influenciando na prescrição, dispensação e venda do medicamento publicado. Acompanhando esta linha das propagandas, há na cartilha o incentivo ao uso de medicamentos genéricos.

Os medicamentos genéricos agem em nosso organismo da mesma forma que os medicamentos de referência agiriam, porem em muitos casos com um preço menor. Eles são produzidos após a expiração da proteção patetaria ou de outros direitos de

exclusividade, para tanto, devem comprovar por meio de testes específicos a eficácia, segurança e biodisponibilidade igual ao medicamento de referência ou inovador.

O próximo tema trata sobre os riscos da automedicação, explicitando quanto ao uso do medicamento incorreto; horário, dose e frequência incorretos; aparecimento de reações adversas e interações medicamentosas. Ao final apresenta-se os 3 mandamentos do uso correto do medicamento: medicamento certo, na dose certa e na hora certa, além de apertar para as condições da embalagem e validade. Finalizando o tema com 3 dicas importantes para minimizar os riscos do uso incorreto de medicamentos.

Para garantir que a qualidade do produto não seja alterada e para minimizar acidentes, o terceiro tema trata sobre os cuidados com o armazenamento. As ilustrações trazem os principais cuidados como: Proteger os medicamentos da luz, calor e umidade; mantê-lo longe do alcance de crianças e animais domésticos; respeitar a temperatura de conservação do medicamento contida na bula; não guardar no banheiro ou na cozinha e conserva-lo em sua embalagem original.

E por último, e muito essencial, a cartilha orienta quanto local correto de descarte. De forma clara e ilustrações mostram que o local correto de descarte é na farmácia e não pode ser feito em lixo doméstico, devido a contaminação do solo e da água, afetando o meio ambiente e consequentemente a qualidade de vida de todos os seres vivos.

Esta Cartilha será apresentada inicialmente na comunidade de Remanescentes Quilombolas objeto de estudo desta pesquisa, como uma troca de experiências por meio do diálogo permitindo o fluir de informações. Será promovido um encontro especialmente para retornar à comunidade com o produto desta pesquisa, além das informações contidas na cartilha será orientado aos velhos Quilombolas que solicitem ao médico observar quanto ao uso de medicamentos inapropriados segundo os Critérios de Beers. A participação dos velhos quilombolas com exemplos e integração do grupo será essencial para melhor compreensão dos temas abordados.

Seguindo os caminhos pautados por Paulo Freire, onde alerta que a conscientização não é apenas conhecimento ou reconhecimento, mas opção, decisão, compromisso (FREIRE, 2005).

Autora: **Natália Belo Moreira Morbeck**

Orientação: **Prof. Dra. Neila Osório (UFT)**

Coorientação: **Prof. Dra. Margô Karnikowski (UnB)**

Pesquisadores:

Dr. Mauro Karnikowski (UnB), Prof. Me. Luiz Sinésio Neto (UFT/UnB), Me. Leonardo Pereira (UnB) e Bríjida Cunha (UFT).

Dedicado aos Remanescentes Quilombolas da comunidade de Malhadinha

UFT
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

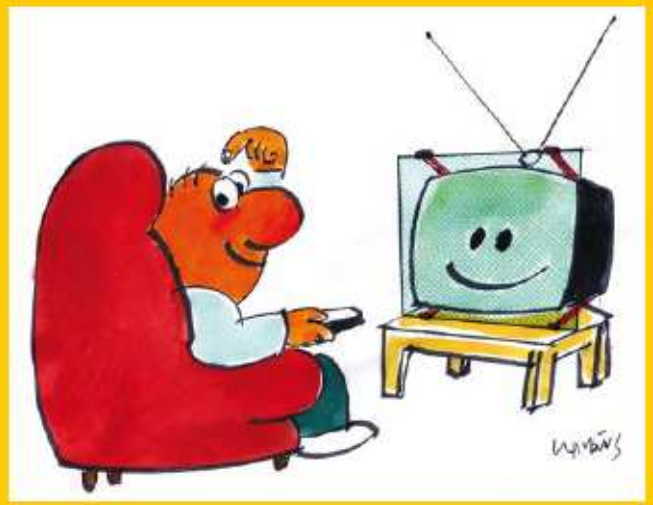
Universidade de Brasília

A INFORMAÇÃO É O MELHOR REMÉDIO

SOBRE PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

Que tal uma reflexão sobre as propagandas de medicamentos e produtos farmacêuticos divulgados pela mídia?

Você liga a televisão, abre um jornal ou revista, vê cartazes e anúncios: todos prometem maravilhas e alívios rápidos. Pode até ser verdade em alguns casos. Mas vale a pena, antes de tomar um remédio, dar uma lida nesta cartilha que fala sobre os riscos da chamada automedicação e do uso inadequado de medicamentos.



1

FARMÁCIA NÃO É SUPERMERCADO

Os medicamentos, compostos de substâncias que podem causar intoxicação, têm sido anunciados como se fossem qualquer outro objeto de consumo. A indústria farmacêutica tornou-se um dos negócios mais rentáveis do mundo. Muito dinheiro é investido pelos grandes laboratórios. Mas a maior parte desse dinheiro vai para a publicidade, em campanhas globais.

2

ECONOMIZE USANDO GENÉRICOS

São utilizados argumentos como "o mais novo é o melhor" ou ainda "fármacos de ultima geração superam os existentes", induzem que o emprego de medicamentos novos soluciona problemas até então insolucionáveis.

3

A AUTOMEDICAÇÃO PODE FAZER MAL À SUA SAÚDE

Nem sempre o medicamento indicado para uma pessoa serve para outra. Por isso, procure sempre a orientação de um médico, dentista ou farmacêutico.

4

CONSEQÜÊNCIAS DO USO INDISCRIMINADO E MEDICAMENTOS

A automedicação é um hábito freqüente na população. Mas quais as conseqüências desta prática?

A AUTOMEDICAÇÃO PODE VIR ASSOCIADA A UMA SÉRIE DE PROBLEMAS COMO:

> Uso do medicamento incorreto: A falta de diagnóstico preciso pode fazer com que o paciente utilize um medicamento que não seja o adequado.
Ex. Utilizar um medicamento para dor de cabeça, quando na verdade o que está causando esta dor é a pressão arterial que está descontrolada.

> Uso de forma incorreta (horário, dose, freqüência): É comum utilizar o medicamento conforme a pessoa que indicou ou usou, porém cada patologia e cada pessoa requer uma dose e uma freqüência específica.
Ex. Um idoso e um adulto podem ter o mesmo peso e altura, mas devido às características próprias de cada idade, a dose necessária para esses usuários pode ser diferente.

> Aparecimento de reações adversas: A falta de conhecimento sobre as características do medicamento pode fazer com que apareçam reações diferentes. Essas reações são conhecidas como reações adversas ao medicamento. As principais reações são intoxicações e alergias.

A AUTOMEDICAÇÃO PODE VIR ASSOCIADA A UMA SÉRIE DE PROBLEMAS COMO:

> **Reação Adversa:** Qualquer efeito nocivo não intencional e indesejado de um medicamento, observado com doses terapêuticas habituais em seres humanos para o tratamento, profilaxia ou diagnóstico.
Ex. O uso de antiinflamatórios pode causar dor de estômago.

> **Interações medicamentosas:** O uso de diversos medicamentos pode causar interações entre esses medicamentos ou entre o medicamento e um alimento ingerido. As interações envolvendo medicamentos podem produzir resultados indesejáveis ou tornar menos eficazes as suas ações terapêuticas.
Ex. Tomar a tetraciclina com um copo de leite faz com que o medicamento tenha seu efeito farmacológico diminuído.

DICAS IMPORTANTES

1 - Procure não usar medicamentos por conta própria, pode ser prejudicial à sua saúde.

2 - Quando for comprar um medicamento, solicite a explicação do farmacêutico quanto às reações adversas e o modo correto de administração.

3 - Toda farmácia necessita de um farmacêutico, pois ele é o responsável pelo estabelecimento. Você poderá reconhecê-lo pelo crachá, ou por qualquer outra identificação em seu jaleco, em que deverá estar escrito "Farmacêutico".

USO CORRETO E CUIDADOS COM OS MEDICAMENTOS

Os 3 Mandamentos do uso correto do medicamento

Medicamento certo

Na **dose** certa

Na **hora** certa

É a hora de verificar se a caixa está intacta, se há lacre ou se a tampa está colada.

É a hora do mais importante: **verificar a data de validade**. A embalagem precisa mostrar até quando o medicamento pode ser usado.

CUIDADOS COM A ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS

Em casa, assim como na farmácia, os medicamentos devem ficar em locais frescos, longe do calor, da luz ou da umidade (por isso eles não devem ser guardados no banheiro ou na cozinha).

É preciso lembrar que alguns medicamentos exigem temperaturas específicas, como aqueles que precisam ficar na geladeira. Neste caso, ler a bula ou procurar o farmacêutico pode ajudar, em caso de dúvida.

E atenção: **nada de medicamentos ao alcance das crianças e animais domésticos.**

LOCAL CORRETO DE ARMAZENAR MEDICAMENTOS

11

CUIDADOS COM O DESCARTE DE MEDICAMENTOS

12

6. CONCLUSÃO

Os fatores culturais e sociais influenciadores do uso de medicamentos investigados demonstram a miscigenação das culturas do meio rural nas comunidades quilombolas com o meio urbano. A influência das mídias e das propagandas de medicamentos, a automedicação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e os estoques de medicamentos em casa por vezes de forma inapropriadas ou vencidos conduz ao uso irracional de medicamentos das Comunidades Quilombolas assim como ocorre na região urbana.

O alto índice de uso de medicamentos industrializados, a identificação do uso de medicamentos considerados inapropriados pelos Critérios de Beers, além das práticas errôneas do processo de descarte de medicamentos que contribuem para a contamição da água e do solo, convergem para a necessidade de um processo educativo.

Uma vez que o processo de Humanização entrelaça com a Educação, as mudanças comportamentais tornam-se inerentes. Conduzindo o indivíduo da ignorância ao conhecimento, da dependência à autonomia, da inconsciência à consciência de si mesmo e sua função na sociedade. É essencial que profissionais da saúde despertem para este processo e atrelem-se de forma interdisciplinar para que possam contribuir com comunidade de Remanescentes Quilombolas, historicamente excluídas do desenvolvimento.

O estudo culminou na elaboração de uma cartilha que tem a proposta de construir uma sociedade mais preparada para enfrentar criticamente as informações vinculadas sobre cuidados com os medicamentos e com a saúde. Essa Cartilha desenvolvida, poderá estimular hábitos saudáveis e o uso racional de medicamentos dessa comunidade Quilombola. Poderá, também, ser implementada em outras populações vulneráveis, adaptando-a sem submergir a essência das culturas, não apenas respeitando as diferenças, mas adotando os conceitos de Paulo Freire, compreendendo como riquezas culturais com as quais todos podem aprender e desenvolver.

A título conclusivo, enfatizou-se a necessidade de realização de novos estudos que investiguem a real mudança no comportamento da comunidade de Malhadinha após aplicação da Cartilha, além da produção desta cartilha alterando os personagens e gravuras

pela caricatura dos participantes da pesquisa. E ainda um estudo que possa comparar as variáveis apresentadas neste trabalho a outras comunidades de Remanescentes Quilombolas. Bem como estudo etnofarmacêutico como meio de resgatar o patrimônio cultural tradicional, assegurando a sobrevivência e perpetuação do mesmo.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D. et al. **Perfil da automedicação no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997.

ASSIS, M; PACHECO, L. C. et al. **Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ.** O mundo da Saúde São Paulo: 2007: jul/set 31 (3): 438-447.

BARCELOS, M. N et al. **Aplicação do método FMEA na identificação de impactos ambientais causados pelo descarte doméstico de medicamentos**. Revista de Engenharia Ambiental, Espírito Santo do Pinhal, V.8, nº.4. p. 62-68. 2011.

BISSON, M. P; NOVES, M. R. C. G. Princípios da Farmacoterapia em Geriatria. In. NOVES, MRCG (Org.) **Assistência Farmacêutica ao idoso.** Brasilia: Thesaurus, 2007.

BRANDÃO, C. R. **O que é o método Paulo Freire.** 1ª Edição São Paulo: Brasiliense,1981.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília- DF nº 12, de 13 julho de 20013.Seção I, p. 59.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispões sobre o Estatudo do Idoso e de outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília- DF de 3 outubro de 2003.Seção I, p. 1.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombolas.** Atualizada em 25/20/2013. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/1-crqscertificadas-ate-25-10-2013.pdf

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. **Uso racional de medicamentos: Temas selecionado.** Brasilia-2012.

BRASIL. **Presidência da República. Decreto n° 4.887/ 2003**, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília; 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 21 nov.

BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,
Departamento de Gestão da Educ ação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARRASCO, C. G. **Prevalência e Fatores Associados à automedicação em Anápolis, GO.** Vol. 8, (1), Nucleus, 2011, p. 213.

CEPERJ. **Contribuição para a construção de identidades étnicas** - relatório analítico e perfil sócioeconômico preliminar das comunidades quilombolas e indígenas. 2010.

COSTA, K. S. et al. **Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v. 27, p. 649-58, 2011.

DIAS, F. L. A. et al. **A influência da mídia na promoção da Saúde.** In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 61º. 2009. Fortaleza. Anais. 2009. p.159.

ESTEVES, F. P; ANDRADE, K. S; LIMA, S. S.Q.. **Perfil Sociolinguistico e Socioeconômico das Comunidades Remanescentes de Quilombolas do Estado do Tocantins**. Revista EntreLetras. N1.2010

FANHANI, H. R. et al. **Avaliação domiciliar da utilização de medicamentos por moradores do Jardim Tarumã, município de Umuarama – PR.** Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 127-131, set./dez., 2006. Disponível em: http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/615/532

FERRACINI, F. T; FILHO, W. M. B.. **Farmácia Clínica: Segurança na pratica hospitalar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

FICK D. M; COOPER J. W., WADE W. E. et al. **Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults**. Arch Intern Med. 2003;163:2716-2724.

FIGUEIREDO, M. C. et al. **Armazenagem e descarte de medicamentos: uma questão de educação e saúde**. In: Congresso Internacional de Tecnologias para o Meio Ambiente, 3º. 2012. Bento Gonçalves, RS. Anais. 2012.

FRANCO, E. A. P.; BARROS, R. F. M. **Uso e diversidade de plantas medicinais no**

Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v. 8, n. 3, p. 78-88, 2006.

FREIRE, P. Educação como pratica da Liberdade. 31ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 47ª ed Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

FREITAS, D.A. et al. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.** Rev. CEFAC [online]. 2011, vol.13, n.5, pp. 937-943. Epub May 20, 2011. ISSN 19820216..

GEERTZ, C. Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. In **The Interpretation of Cultures.** Nova Iorque, Basic Books, pp. 3-30 (Trad. bras., *A Interpretação das Culturas*, Rio de Janeiro, Zahar, Cap. 1), 1973.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P.. **Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: Polifarmácia e seus efeitos.** Revista do Hospitak Universitário Pedro Ernesto – UERJ. Ano 7, Janeiro/Junho 2008.

GOMES, K. O. **Avaliação do acesso e a da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia.** [manuscrito] Belo Horizonte (MG). Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

GORZONI, M.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S.L. **Critérios de *Beers-Fick* e Medicamentos Genéricos no Brasil.** Revista Assoc. Med. Bras, 2008; 54 (4): 353-6

GORZONI, M.L; PASSARELLI, M.C.G. Farmacologia e Terapêutica. In: FREITAS, E.V et al., **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.1046 – 1053.

HERTZOG, C., LINEWEAVER, T. T., & MCGUIRE, C. L. Beliefs about memory and aging. In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields, (Eds.) **Social cognition and aging.** San Diego, CA: Academic Press, Inc. pp. 43-68, 1999.

HOEPFNER, L. **Uso Racional de medicamentos nos processos de produção de saúde no SUS: o compromisso da comissão de farmácia e terapêutica.** Prêmio nacional de incentivo à promoção do uso racional de medicamentos. II edição – Ano 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Sinopse do censo demográfico: 2010/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000/2060 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o período 2000/2030. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://cod.ibge.gov.br/232PG)

KARNOKOWSKI, M. G. O; NOVES, M. R. C. G. A Medicalização e o idoso. In. NOVES, MRCG (Org.) **Assistência Farmacêutica ao idoso.** Brasilia: Thesaurus, 2007.

KUSANO, L. T. E. **Prevalência da Polifarmácia em idosos com demência.** 2009 [Dissertação] Brasília (DF) Universidade de Brasília; 2009.

LAPLANTINE, F. 1991 **Antropologia da doença.** São Paulo: Matins Fontes.

LIMA, G. B. et al. **Avaliação da utilização de medicamentos armazenados em domicílios por uma população atendida pelo PSF**. Revista Brasileira de Farmácia, v. 89, n. 2, p. 146-149, 2008.

LOPES, M. A. O. **Experiências históricas dos quilombolas no Tocantins: organização, resistência e identidades**. Patrimônio e memória. UNESP – FCLAs – CEDAP, v. 5 n. 1, p. 99 – 118 – out. 2009. ISSN – 1808-1967

LOYOLA FILHO, A. I.et al. **Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. **Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí**. Caderno de Saúde Pública, v. 21, n. 2, p. 545-53, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E., LIMA-COSTA, M. F. **Estudos epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idoso na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2006; 22(12): 2657-2667.

MACHADO, M. F.A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciência & saúde coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARIN M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O., et al. **Caracterização do uso de medicamentos entre idoso de uma unidade do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública 2008; 24 (7): 1545-1555.

MARQUES, K. M. C. M. **Aspectos Atuais da Comunidade Quilombola Malhadinha no Municipio de Brejinho de Nazaré-TO, Face à Modernização.** Anais. IV Seminário de Pesquisa da Pós-Graduação em História PUC / UnB / UFG. Goiânia – GO, 2011.

MATTEDE, M. G. S; DALAPÍCOLA, J. E.; PEREIRA, E. P.. **Atenção farmacêutica na dor**. Infarma-Ciências Farmacêuticas, v. 16, n. 9/10, p. 57-60, 2013.

MESQUITA, M. K. et al. **Plantas calmantes utilizadas entre famílias quilombolas**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, 2013.

MOTA L. B.; AGUIAR A. C. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.** Cien Saude Colet 2007; 12(2): 363-372.

MUÑOZ, R. L. S; IBIAPINA, G. R; GADELHA, C. S.; MAROJA, J. L. S. **Prescrições geriátricas inapropriadas e polifarmacoterapia em enfermarias de clínica médica de um Hospital-Escola.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(2):315-323

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NASCIMENTO, Á. C. **Propaganda de medicamentos para grande público: parâmetros conceituais de uma prática produtora de risco**. Ciência & saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3423-3431. ISSN 1413-8123

NUNES, A. T. G. L. **Serviço Social e Universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos.** Textos sobre Envelhecimento UnATI/ UERJ, ano 3 nº 5 p. 1-97. Rio de Janeiro, 2000.

OSÓRIO, N. B. **A sensibilização do Ser Humano acima de 45 anos para um Envelhecimento Digno e Ativo.** Universidade da Maturidade/Universidade Federal do Tocantins: Palmas - Tocantins, 2006.

PAIXÃO, J. P. M. et al. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, 2005.

PINTO, L. N. **Plantas medicinais utilizadas em comunidades do município de Igarapé-Miri, Pará: etnofarmácia do município de Igarapé-Miri-Pará**. 2008. [dissertação] Belém (PA). Universidade Federal do Pará. 2008.

PIOTTO, F. R. S. B. et al. **Prevalência da dor e do uso de analgésicos e antiinflamatórios na automedicação de pacientes atendidos no Pronto-Socorro Municipal de Taubaté**. Revista Dor, v. 10, n. 4, p. 313-7, 2009. ISSN – 1806-0013

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013** http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download. Acessado em 20 de fevereiro de 2014.

RIBEIRO, A. Q. et al. **Qualidade do uso de medicamentos por idosos: Uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis.** Ciências e Saúde Coletiva, 10(4): 1037-1045, 2005.

RIBEIRO, M. Â. **Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família**. 2005. [dissertação] Porto Alegre (RS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005.

RIBEIRO, S. C. **Educação em saúde para a promoção do uso racional de medicamentos entre adultos em alfabetização na rede municipal de ensino em Uberlância-MG.** 2011 [dissertação] Brasília (DF)Universidade de Brasília; 2011.

RODRIGUES, L. S; SOARES, G. A. **Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea.** Revista Ágora, Vitória, v. 4, p. 1-29, 2006.

ROMANO-LIEBER, N. S. et al. **Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por idoso.** Rio de Janeiro,Brasil. Cad. Saúde Pública, 2002; 18(6): 1499-1507.

SALES, G. P. S; ALBUQUERQUE, H. N; CAVALCANTI, M. L. F. **Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor do Bonfim–Areia-PB**.
Revista de Biologia e Ciências da Terra, n. 1, p. 31-36, 2009.

SANTOS, V. C et al. **Conditions of health and quality of life of the quilombola elderly black**. Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007], v. 8, n. 8, p. 9603-2610, 2014.

SILVA, C. V; VELOZO, E. S; CUNHA, R. R. **Uso Racional de Medicamentos Versus propaganda abusiva: percepção dos educadores e impacto das ações realizadas no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia.** In: Educação e Informação em Saúde. ANVISA. Brasilia, DF. 2011.

SILVA, M. C. B. **Universidade Aberta à terceira idade – imaginario subjacente à ciração/organização, ritos e mitos no desenvolvimento atual e prospectiva de**

continuidade. [dissertação] Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília. Brasilia, 2005.

SOPHIA, D. **Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.** Revista Tema: Educação Popular em Saúde, Rio de Janeiro, n. 21, p 4 - 6, nov./dez. 2001.

TAVAREA, D. M.S; RODRIGUES, R. A. P. **Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro.** Ver Esc Enferm USP 2002; 36 (1): 88-96.

TESKE, W. **Cultura quilombola na Lagoa da Pedra, Arraias – Tocantins**: rituais, símbolos e rede de significados de suas manifestações culturais: um processo folcomunicacional de saber ambiental. Brasília. Senado federal. Conselho Editorial, 2010.

TEXEIRA J. J. V, CANO F. G., SANCHES A. C. C, CARNIEL T. T. A, SCHNEIDER D. S. L. G. **Inquérito farmacoepidemiológico de pacientes de meia idade e idosos em três comunidades de Cascavel, PR – Brasil: Verificação evolutiva do conhecimento terapêutico.** Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008; 44 (2): 297-303.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 11ª ed. Cortez, São Paulo, 2007.

UEDA, J. et al. **Impacto ambiental do descarte de fármacos e estudo da conscientização da população a respeito do problema**. Revista Ciências do Ambiente On-Line, v. 5, n. 1, 2009.

VAZ, K. V; DE FREITAS, M; CIRQUEIRA, J. Z. **Investigação sobre a forma de descarte de medicamentos vencidos.** Cenarium Pharmacêutico, ano 4, nª. 4. 2011. ISSN: 19843380.

VEDAN, R. M. **Memória e gênero: a construção de uma identidade masculina na velhice**.Congresso Internacional de História. IV. 2013. ISSN:2175-4446. Paraná. Anais. 2013.

VIDAL, C. R. P. M. MIRANDA, KCL. PINHEIRO, PNC. RODRIGUES, DP. **Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasilia 2012 jul-ago; 65(4): 680-4.

VIK, A.S., MAXWELL, C. J., HOGAN, D. B., PATTEN, S. B., JOHNSON, J. A., SLACK, L.R. **Assessing medication adherence among older person in community setting**.Can J Clin Pharmacol ,v.12, n.1 Winter, p.152-164, 2005.

VOLOCHKO A, BATISTA L. E. **Saúde nos quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ABORDAGEM EDUCATIVA PARA O USO DE MEDICAMENTOS EM REMANESCENTES QUILOMBOLAS: UMA PERSPECTIVA FREIRIANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar o(a) Sr(a) para participar de uma pesquisa que quer identificar as dimensões que influenciam o uso de medicamentos. Se aceitar participar, o(a) Sr(a) vai receber um pesquisador de nossa equipe na sua casa para responder a um questionário que deverá levar, mais ou menos, 30 minutos. Serão perguntadas informações sobre sua pessoa, sobre os remédios que está usando, onde conseguiu esses remédios e para que doenças eles são usados. Além disso, perguntaremos algumas informações sobre seus hábitos de vida em geral, sobre sua família e domicílio. Se for possível, também gostaríamos que o(a) Sr(a) mostrasse ao pesquisador todos os remédios que o(a) Sr(a) está usando no momento da entrevista. O que o(a) Sr(a) conversar com o pesquisador vai ser usado só para esta pesquisa e seu nome não vai aparecer em lugar nenhum.

Este estudo está sendo realizado pela Universidade Federal do Tocantins, e tem como Pesquisadora Natália Belo Moreira sob orientação das Professoras Neila Barbosa Osório e Margô Gomes de Oliveira Karnikowski.

Para esta pesquisa, estão sendo convidados idosos de Remanescentes Quilombolas da Comunidade de Malhadinha, situadas na cidade de Brejinho do Nazaré no Estado do Tocantins. O(a) Sr(a) não terá gasto nenhum, a sua participação é voluntária e, portanto, gratuita. O(a) Sr(a) pode decidir participar ou não desta pesquisa, desistir em qualquer momento e também pode não responder alguma pergunta. Esta decisão não vai prejudicar em nada seu atendimento nas farmácias ou em qualquer unidade pública de saúde.

A participação neste estudo apresenta risco mínimo. O risco que o(a) Sr(a) corre é semelhante àquele sentido quando conversa com um profissional da saúde sobre sua condição de saúde. Em caso de algum problema que o(a) Sr(a) possa ter, relacionado

com a pesquisa, o(a) Sr(a) terá direito a assistência gratuita que será prestada pela nossa equipe.

Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, ou qualquer denúncia, pode telefonar para as Orientadoras do estudo (Neila Barbosa Osório ou Margô Gomes de Oliveira Karnikowski) no número (63) 3232-2854 ou para a Pesquisadora Natália Belo Moreira no número (63) 92940202.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com o(a) Sr(a) e a outra com o pesquisador responsável. Para formalizar sua participação nesta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá rubricar todas as folhas e assinar a última página.

_____	_____	
Assinatura do Participante da Pesquisa	Data	
		Polegar Direito

_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Local	Data da pesquisa

Pesquisadora responsável: Natália Belo Moreira

Orientadoras: Prof[a.]Dr[a.] Neila Barbosa Osório e Prof[a.]Dr[a.] Margô Gomes de Oliveira Karnikowski.

Programa de Pós-Graduação em Educação –UFT – Unidade Palmas

109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO 14, Bloco UMA/UFT
Palmas - TO
CEP: 77.001-090

Telefone: (63) 32328254 ou 32328070

E-mail: nataliabelo@uft.edu.br

APÊNDICE II – Questionário socioeconômico

1 – Identificação			
1.1	**Nome:**		
1.2	**Sexo** ( ) 1-Masculino ( ) 2-Feminino	**1.3. Idade**	**1.4. Ano de nascimento**
1.5	**Naturalidade** *(*cidade-estado):	**1.6. Município em que vive** _____ **1.7. Vive em:** ( ) 1. Zona urbana ( ) 2. Zona rural	
1.8 Estado civil atual		( ) 1. Casado (a) em união ( ) 2. Solteiro (a) nunca se casou ( ) 3. Viúvo (a) ( ) 4. Divorciado (a) ( ) Não sabe responder	

2 – Condições socioeconômicas, culturais e familiares.				
2.1	**Escolaridade**	( ) 1. Analfabeto ( ) 2. Alfabetizado		
	Educação escolar	( ) 3. 1 a 4 anos ( ) 4. 5 a 8 anos ( ) 5. 9 a 11 anos ( ) 6. Mais que 11 anos		
2.2	**Possui renda própria?**	( ) 1. Não	( ) 2. Sim Quantos salários-mínimos?	
2.3	**Possui renda suficiente (própria ou com auxílio da família) para as necessidades básicas?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não			
2.4	**A renda provém de:** ( ) 1. Salário ( ) 2. Aposentadoria/Benefício/ Pensão ( ) 3. Outras rendas			
2.5	**Moradia**	( ) 1. Própria ( ) 2. Alugada ( ) 3. Cedida/Invadida ( ) 4. Outros.		
2.6	**O (a) Sr.(a) cuida de alguém dependente?**	( ) 1. Sim ( ) 2. Não		
2.7	**Em geral, o (a) Sr.(a) se sente amparado por seus familiares?**	( ) 1. Sim ( ) 2. Não		
2.8	**O (a) Sr.(a) mora só ou fica sozinho a maior parte do tempo?**	( ) 1. Sim ( ) 2. Não		
2.9	**Em geral, o (a) Sr.(a) convive bem com seus familiares?**	( ) 1. Sim ( ) 2. Não		

APÊNDICE III – Aspectos socioculturais influentes na questão do uso de Remédios

1. Interessa-se por notícias sobre saúde (detalhar)
( ) Sim
( ) Não
Onde busca a informação?
_____

2. Faz exercícios físicos (detalhar) _____
( ) Sim
( ) Não
Com que frequência?
_____

Com orientação de um profissional?
_____

Sente alguma dor ou incômodo durante ou após as atividades físicas? Onde? _____

_____

3. Como considera sua condição física.
( ) Boa
( ) Regular
( ) Ruim
( ) Muito Ruim

4. Como Sr. (a) classificaria seu sono?
( )Muito boa ( )Boa ( )Razoável ( )Ruim ( )Muito Ruim

Quantas horas você costuma dormir por noite?_____
Sr. (a) considera suficiente? ( )Sim ( )Não

5. Quais são os Serviços de Saúde que utiliza (detalhar, marcar quantas alternativas forem necessárias)
( )Particular
( ) Plano de saúde
( ) SUS
( ) Entidades sociais

6. Em uma escala de 0 a 10, em que 0 é muito ruim e 10 é muito bom, como classifica a qualidade do atendimento que recebe:
( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

7. Qual a primeira providência que você toma quando se sente mal ou sente alguma dor?

_____

8. Quem mais lhe aconselha sobre qual “remédio” usar quando sente alguma coisa?

_____

9. Costuma ir ao médico?

( ) Sim, com que frequência?_____ Por quê?_____

( ) Não Por quê?_____

10. Com que frequência com que costuma fazer exames

( ) Nunca ( ) Mensal ( ) Bimestral ( ) Trimestral ( ) Anual ( ) Bienal

Qual (is) exames

_____

OBS. Relacionar a periodicidade para cada exame relatado

11. Costuma ser atendido pelo Programa da Saúde da Família

( ) Sim

( ) Não

12. Atualmente a senhor (a) está fazendo uso de algum medicamento?

( ) Sim

( ) Não

( ) Nunca usou remédio

13. Onde adquiri os medicamentos quando é necessário?

( ) SUS (posto de saúde)

( ) Farmácia popular

( ) Farmácia comercial

14. Tem ou já teve dificuldade em adquirir os remédios?

( ) Sim

( ) Não

15. Quanto gasta por mês com remédios (detalhar em reais)

_____

16. Compra remédios sem receita?

( ) Sim Porque_____

( ) Não Porque_____

17. O senhor (a) deixou de tomar alguma vez o medicamento receitado?

Por que motivo(s)_____.

18. Usa medicação caseira

( ) Não

( ) Sim

Caso positivo quais, como e quando _____

19. Sr. (a) costuma tomar medicamentos por conta própria?
( ) Sempre ( ) Frequentemente ( ) Ás vezes ( ) Nunca

APÊNDICE IV – Avaliação do Consumo de Remédios:

1. Você toma algum remédio todos os dias? ( )Sim ( )Não
2. Número de medicamentos consumidos nas duas últimas semanas (por dia):
_____

3. Se você tiver alguma dúvida sobre algum remédio, qual é a primeira pessoa a te orientar?
_____

4. Tem costume de pedir alguém para ler a bula dos medicamentos?
_____

5. Sabe o nome de todos os medicamentos que usa e que para serve?
( )Sim ( )Não
**Caso a resposta seja Sim, preencher anexo 4.*

6. Quando você se esquece de tomar o seu remédio no horário correto, o que você faz?
( )Toma assim que se lembra ( )Toma no próximo horário que esta indicado

7. Você costuma diminuir ou aumentar (mudar) a dose do remédio receitado?
( )Não ( )Sim, porque:
_____

8. Você se lembra de alguma orientação médica/farmacêutica quando começou a tomar esse medicamento?
_____
_____

9. Como você reconhece (identifica) o medicamento que tem que tomar?
( )Pelo nome ( )Pela Cor ( )Por outra informação da caixa caixa (nesse caso, indique qual informação)_____
( )Necessita da ajuda de outra pessoal

Avaliação do cuidado com os medicamentos:

10. Onde você guarda seus medicamentos, qual cômodo da casa?

_____

11. De que maneira você verifica se o medicamento esta bom para ser usado?

_____

12. O que faz com os remédios vencidos?_____

13. Quando joga fora, onde joga?

( )Lixo comum ( )Vaso sanitário / Pia da cozinha ( )Outros, qual?

_____

APÊNDICE V – Relatos dos Medicamentos Utilizados pelos velhos Quilombolas de Malhadinha

NOME COMERCIAL	PRINCÍPIO ATIVO	FORMA FARMACÊUTICA	UTILIZA P/ QUÊ?

UTILIZA:	
Chás SIM: ☐ NÃO: ☐	DESCRIÇÃO:
Outros SIM: ☐ NÃO: ☐	DESCRIÇÃO: